

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

QUALITÉ DE VIE CHEZ LES VICTIMES SOUFFRANT D'ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE À LA SUITE D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE
SURVENU EN MILIEU DE TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

SOPHIE LACERTE

MARS 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs (SDU-522 - Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier les organismes et établissements suivants pour leur soutien financier tout au long de mes années d'études doctorales : l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST), l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), la faculté des sciences humaines et le service de soutien académique de l'UQAM, le Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC), et l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

Un grand merci également à Jean Bégin, statisticien, qui a su me diriger à bon port au travers des grands tourments que sont les analyses statistiques. Son sens de vulgarisation et ses conseils judicieux ont été primordiaux dans l'accomplissement de ces tâches. De plus, je remercie Dominic Beaulieu-Prévost pour ses conseils complémentaires en matière statistique, ainsi que pour ses minutieuses révisions.

Un merci spécial à mon directeur de recherche, le professeur André Marchand, qui a su m'épauler à travers de nombreuses étapes du parcours universitaire, à commencer par mon intégration au sein de son laboratoire dès la fin de mes années de baccalauréat. Tu m'as offert tant d'opportunités pour approfondir mes connaissances, accroître mes habiletés et performer au meilleur de mes capacités. Ta présence, ton écoute, ta chaleur humaine et tes nombreux encouragements m'ont aidé à cheminer non seulement du côté académique, mais également du côté personnel et professionnel. Et que dire des pauses café/chocolat/conversations de tout genre qui génèrent une ambiance de travail des plus conviviales ! Cela me restera gravé en mémoire.

J'aimerais remercier également d'autres professeurs et professionnels qui, à travers mes années d'études doctorales, m'ont aidé à leur façon et m'ont ainsi permis d'accomplir le grand défi académique en toute confiance : Ghassan El-Baalbaki, feu Ruta Westreich, Elizabeth Foley, Stéphane Guay et toute l'équipe du Centre d'étude sur le trauma.

De plus, je remercie Mélissa, Céline et Joannie qui ont été pour moi des guides importantes tout au long de mes années d'étude. Merci aux nombreux conseils et partages d'information que vous m'avez si gentiment fourni. J'aimerais remercier également Delphine et Sarah, qui m'ont grandement aidée dans la réalisation de ma recension systématique des écrits.

Un merci particulier à mes amies et collègues de travail Katia, Vedrana, Stéphanie, Héloïse, Jacinthe, Annélie et Rachel. Votre amitié, votre soutien dans les moments plus difficiles et vos encouragements continuels ont été plus que précieux toutes ces années. Chacune d'entre vous a contribué à colorer la route parsemée d'embûches qui caractérise le doctorat. Sans votre présence, les années d'études n'auraient jamais été achevées avec autant de plaisir, d'acharnement, d'entraide et de complicité.

Pour terminer, j'aimerais adresser des remerciements particuliers pour le soutien inconditionnel offert par toute ma famille et belle-famille. L'accomplissement de mes études s'appuie en partie sur votre confiance absolue et vos encouragements continus depuis le tout début. Un merci tout spécial à mon conjoint, Marco, toujours à mes côtés, autant dans les moments plus difficiles que ceux de réussite. Toujours prêt à aider, à soutenir, à conforter et à calmer mes montées d'anxiété. Ton écoute, ton inépuisable patience, ton amour, ton appui fidèle, et tes conseils éclairés ont été des plus cruciaux dans mon cheminement des dernières années. Merci encore.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	XIII
RÉSUMÉ	XV
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	
1.1 Mise en contexte.....	1
1.2 L'état de stress post-traumatique.....	2
1.2.1 Les critères diagnostiques	2
1.2.2 Prévalence, troubles associés et conséquences	5
1.2.3 Traitement cognitif et comportemental pour l'ESPT et son efficacité	7
1.3 Qualité de vie.....	10
1.3.1 Modèles conceptuels de la qualité de vie.....	10
1.3.2 Définition de la qualité de vie	12
1.3.3 La pertinence d'étudier la qualité de vie	14
1.4 La spécificité des employés victimes d'événements traumatiques au travail	15
1.4.1 Exemples et définition des événements traumatiques au travail.....	16
1.4.2 Pertinence d'étudier les employés victimes d'un trauma au travail.....	16
1.5 Objectifs et contenu de la thèse	21
1.5.1 Objectifs de la thèse	21
1.5.2 Contenu de la thèse	21
CHAPITRE II	
QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER : A SYSTEMATIC REVIEW	
RÉSUMÉ	29

Introduction	33
PTSD and quality of life	33
Workplace trauma	35
Objectives.....	36
Method.....	36
Selection of articles	36
Data extraction	38
Results	39
Characteristics of reviewed studies	39
QoL in workplace trauma victims with PTSD	40
Discussion.....	47
Synthesis of results.....	47
Limitations of the review	49
Recommendations for future studies.....	50
References	52
CHAPITRE III	
QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS SEEKING TREATMENT FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	
Préambule	69
Résumé	73
Introduction	77
Method.....	80
Participants and procedure	80
Measures	81
Data analyses.....	83
Results	84
Sample characteristics	84
Workplace trauma exposure.....	85
General QoL, current functioning and work-related QoL	86

Relations between PTSD and QoL	88
Discussion	89
Clinical implications.....	92
Strengths and limitations	93
Conclusion	94
References	97
CHAPITRE IV	
LONGITUDINAL ANALYSIS OF PTSD AND QUALITY OF LIFE AMONG WORKPLACE TRAUMA VICIMS SEEKING TREATMENT	
Préambule	111
Résumé.....	115
Introduction.....	119
Method	122
Participants	122
Measures	123
Treatment and Procedure.....	125
Data analyses	127
Results.....	128
Sample characteristics	128
The evolution of symptoms and QoL.....	129
Improvements in outcomes across CBT strategies.....	130
Relationship between changes in PTSD severity and QoL outcomes.....	130
Discussion	131
Clinical implications.....	133
Limitations.....	135
Future research	136
References	138
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	
5.1 Synthèse des résultats	151

5.1.1	Recension systématique des études	152
5.1.2	Synthèse des résultats du programme de recherche	153
5.2	Implications cliniques	164
5.2.1	Prévention primaire	166
5.2.2	Prévention secondaire	167
5.2.3	Prévention tertiaire.....	169
5.3	Considérations méthodologiques	183
5.3.1	Les limites du programme de recherche	183
5.3.2	Les forces du programme de recherche	184
5.4	Pistes de recherche future.....	186
5.4.1	Réplication des résultats	186
5.4.2	Nouvelles pistes de recherche.....	189
5.5	Transfert des connaissances	190
5.6	Conclusion générale	191
APPENDICE A		
	CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ESPT	193
APPENDICE B		
	ACCUSES DE RECEPTION DES EDITEURS DES REVUES	
	SCIENTIFIQUES.....	201
APPENDICE C		
	APPROBATION DU COMITE D'ETHIQUE POUR LE PROJET DE	
	RECHERCHE.....	207
APPENDICE D		
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTICIPANTS.....	211
APPENDICE E		
	RÉSUMÉ DES INSTRUMENTS DE MESURE, DES MOMENTS	
	D'ADMINISTRATION, DES PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET	
	D'INTERVENTION.....	223
APPENDICE F		
	MESURES CLINIQUES.....	227
	BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	385

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE II

Figure 1	Flow chart	61
Tableau 1	Characteristics of reviewed studies.....	63

CHAPITRE III

Tableau 1	Sample characteristics.....	105
Tableau 2	QoL outcomes.....	106
Tableau 3	Regression analysis summary for QoL outcomes.....	107

CHAPITRE IV

Figure 1	The evolution of treatment outcomes	145
Figure 2	Relations between changes in PTSD severity, QoL, functioning and employment status	146
Tableau 1	Sample characteristics at baseline.....	147
Tableau 2	The effect of time on PTSD severity, current functioning, general and work-related QoL during CBT treatment.....	149

DISCUSSION GÉNÉRALE

Tableau 1	Moyennes et écarts-types de diverses populations au WHOQOL-BREF (4 sous-échelles).....	156
Tableau 2	Lignes directrices concernant l'application de stratégies de prévention lors de la gestion des événements traumatiques en milieu de travail ainsi que leurs répercussions probables.....	179

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACF	Assessment of Current Functioning
APA	American Psychiatric Association
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye movement and desensitization reprocessing
ESPT	Etat de stress post-traumatique
QoL	Quality of life
QV	Qualité de vie
PTSD	Posttraumatic stress disorder
OMS	Organisation mondiale de la santé
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders – Axis I
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life, version Bref

RÉSUMÉ

Un intérêt grandissant semble voir le jour depuis les dernières années quant à l'étude des conséquences à l'exposition à un événement traumatique en milieu de travail. Les recherches existantes se sont davantage concentrées sur des milieux dits à haut risque d'exposition (p. ex., les militaires, les policiers). Toutefois, ceci limite nos connaissances sur le sujet, puisqu'un événement potentiellement traumatisant peut survenir dans n'importe quel milieu de travail.

Une des conséquences psychologiques les plus communes associées à l'événement est le développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Des études récentes montrent que ce trouble mental aurait une influence négative notable sur le niveau de qualité de vie (QV) des individus ayant un ESPT. Cependant, ces études recèlent plusieurs lacunes conceptuelles et méthodologiques qui limitent les conclusions pouvant être dégagées. Enfin, malgré l'importance d'examiner l'efficacité des interventions psychologiques auprès de cette population, très peu de recherches ont été effectuées à cet égard. Ainsi, la présente thèse a pour objectif principal d'approfondir les connaissances sur la QV vécue par des employés souffrant d'ESPT à la suite d'un événement traumatique au travail, avant et après une psychothérapie.

La présente thèse se divise en cinq chapitres. Le chapitre I introduit des notions essentielles liées à la compréhension du contenu des prochains chapitres, entre autres, quant à la problématique des événements traumatiques au travail, de l'ESPT et de son traitement, ainsi que de la notion de QV. Le chapitre II vise à recenser de manière rigoureuse les études scientifiques ayant examiné la QV chez les victimes d'un trauma au travail ayant développé un ESPT. Les observations et conclusions de cette recension des écrits quant aux lacunes conceptuelles et méthodologiques des études actuelles (p. ex., l'évaluation de l'ESPT et de la QV) sont considérées par la suite dans le développement de notre étude empirique.

Le contenu des deux chapitres suivants concerne les résultats d'une étude empirique quasi-expérimentale (à série temporelle simple) qui s'est déroulée au Centre d'étude sur le trauma (Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal). Elle inclut 46 individus ayant vécu au moins un événement traumatique sur le lieu de travail qui désirent poursuivre une psychothérapie cognitive et comportementale pour leur ESPT. L'étude tente d'inclure une grande diversité de

travailleurs ayant été exposés à un événement traumatique au travail afin d'obtenir une meilleure représentativité de cette population.

Le chapitre III présente le premier volet de l'étude et vise à décrire l'expérience vécue par les employés exposés à un événement traumatique au travail, en termes de types d'événements traumatiques, de symptômes post-traumatiques et du niveau de QV. Les résultats permettent d'observer que certains types d'emplois sont associés à certains types d'événements traumatiques. Les participants rapportent globalement une intensité élevée de symptômes d'ESPT et une faible QV. De plus, l'intensité de l'ESPT apparaît comme un facteur prévisionnel du niveau de QV.

Le chapitre IV présente le deuxième volet de l'étude empirique. L'évolution des symptômes et de la QV est examinée pendant et après un traitement psychologique de type cognitif et comportemental pour l'ESPT auprès du même échantillon de participants. Les résultats montrent une diminution significative des symptômes d'ESPT et une augmentation de la QV à la suite de l'application de chacune des stratégies d'intervention, ainsi qu'à la fin du traitement. Les gains thérapeutiques se maintiennent six mois plus tard. De plus, les symptômes d'ESPT semblent diminuer de façon synchrone avec l'augmentation du niveau de QV pendant le processus thérapeutique.

Enfin, le chapitre V présente une synthèse des résultats obtenus dans les trois articles de la thèse et propose une discussion portant sur les principaux résultats, afin d'en dégager une conclusion générale. Par la suite, les implications cliniques découlant de ces résultats sont énoncées. Nous soulignons en terminant les forces et les faiblesses méthodologiques de notre programme de recherche. Nous proposons en outre des pistes pour les recherches futures.

Mots clés : état de stress post-traumatique; qualité de vie; événement traumatique au travail; travailleurs; traitement cognitif et comportemental

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

Notre société s'avère de plus en plus consciente des dangers inhérents au milieu de travail (Defraia, 2013). Des événements singuliers comme l'attentat terroriste du *World Trade Center* aux États-Unis en 2001 ou encore la fusillade au Collège Dawson à Montréal en 2006 sont rapportés par les grands médias, attirant l'attention du public, mais également des chercheurs dans le domaine du trauma. En effet, un intérêt grandissant semble voir le jour quant au risque d'exposition des travailleurs à des événements majeurs, comme les policiers, les secouristes et les soldats. Cependant, plusieurs limites quant aux conclusions pouvant être tirées des recherches scientifiques.

D'emblée, les chercheurs semblent davantage s'être concentrés sur des milieux dits à haut risque de vivre des événements majeurs au travail (p. ex., les militaires). Ceci limite nos connaissances sur le sujet puisqu'il a été montré qu'un événement potentiellement traumatisant peut survenir dans n'importe quel milieu de travail. Par ailleurs, plusieurs études ont examiné les conséquences d'une exposition à un événement traumatique au travail sur la santé mentale (p. ex., les réactions de stress post-traumatique) et sur la qualité de vie (QV) des employés, mais peu d'entre elles ont utilisé des mesures valides et fidèles, restreignant ainsi les conclusions pouvant y être énoncées.

De plus, le rétablissement psychologique de ces travailleurs constitue une facette importante à considérer, compte tenu des coûts engendrés non seulement par les soins de santé, mais également par l'absentéisme au travail. Pourtant, peu de recherches ont porté sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions cliniques réalisées auprès de cette population. Toutes ces informations suggèrent donc l'importance d'étudier les multiples conséquences liées à l'exposition à des événements majeurs au travail, ainsi qu'évaluer l'efficacité d'interventions visant un rétablissement optimal pour les travailleurs présentant des réactions post-traumatiques, et plus particulièrement un état de stress post-traumatique (ESPT).

Le présent chapitre débute par une description des caractéristiques cliniques liées à l'ESPT, ainsi que de l'intervention psychologique de pointe pour traiter ce trouble, soit une psychothérapie de type cognitif et comportemental. La pertinence d'utiliser une mesure globale de la QV sera détaillée, autant dans le but d'approfondir nos connaissances sur les conséquences les plus couramment vécues par les travailleurs victimes d'un événement traumatique, qu'en tant qu'indicateur de mesure d'efficacité d'une intervention psychologique pour l'ESPT. Enfin, nous exposerons les particularités de la population des travailleurs victimes d'événements traumatiques, telles que retrouvées chez les sujets de la présente étude.

1.2 L'état de stress post-traumatique

1.2.1 Les critères diagnostiques

L'ESPT constitue une des réactions de stress intenses les plus communes pouvant survenir à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. Les critères diagnostiques de l'ESPT qui suivent proviennent du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, version révisée (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR]; American Psychiatric Association [APA], 2003). Un événement est considéré comme étant traumatique lorsque l'individu est victime ou témoin d'une situation dans laquelle sa vie, son intégrité physique ou encore celle d'autrui est menacée (critère A1). Sa réaction émotionnelle à l'événement se traduit alors par l'une des trois émotions suivantes: une peur intense, un sentiment d'horreur ou un sentiment d'impuissance en réaction à cet événement (critère A2).

Afin d'établir un diagnostic d'ESPT, l'individu doit présenter les symptômes appartenant à trois catégories distinctes (voir Appendice A pour les critères diagnostiques complets). Premièrement, l'événement traumatique est constamment revécu d'au moins une façon, que ce soit par des souvenirs répétitifs et intrusifs, de mauvais rêves, des *flashbacks*, ou une réactivité physiologique ou psychologique lors de l'exposition à des stimuli rappelant le trauma (critère B). La deuxième catégorie réfère aux comportements persistants d'évitement des pensées, des sentiments, des endroits ou des gens en lien avec l'événement, ainsi qu'à un émoussement de la réactivité générale (p. ex., réduction nette de l'intérêt à des activités importantes, restriction des affects) (critère C). De plus, l'individu peut ressentir des symptômes d'hyperactivation neuro-végétative, tels que des difficultés de sommeil et de concentration, de l'irritabilité, de l'hypervigilance et des réactions de sursaut exagérées (critère D). L'ensemble des symptômes doit durer depuis au moins un mois et occasionner une détresse et une incapacité cliniquement significatives (critères E et F).

La recherche effectuée dans le cadre de la présente thèse s'est basée sur les plus récents critères diagnostiques disponibles au moment de l'élaboration du projet, soit le DSM-IV-TR (APA, 2003). Puisqu'une nouvelle version a été publiée en mai 2013 (DSM 5; APA, 2013), les principaux changements sont brièvement exposés dans les prochains paragraphes afin d'actualiser les connaissances à ce sujet (voir Appendice A pour les nouveaux critères diagnostiques complets).

Tout d'abord, l'ESPT n'est plus catégorisé à l'intérieur des troubles anxieux et fait partie de la nouvelle catégorie regroupant les troubles liés à des stressors et traumatismes (*Trauma- and Stressors-related Disorders*). Cette nouvelle catégorisation permet de mettre l'accent sur le fait que les troubles sont directement précipités par un événement identifiable. Quant à la définition d'un événement traumatique, le critère est désormais plus explicite et ajoute que le fait d'être exposé de manière répétée ou extrême à des détails aversifs peut s'avérer traumatique (p. ex., un policier exposé à des détails relatifs à la maltraitance infantile). De plus, le fait d'apprendre qu'une situation traumatique a impliqué un de nos proches est également accepté comme un événement traumatique. L'ancien critère A2 (réactions subjectives et émotionnelles durant l'événement) est retiré, ce qui constitue un changement majeur dans l'évaluation d'un événement traumatique.

En ce qui concerne les critères diagnostiques de l'ESPT dans le DSM 5, les symptômes sont maintenant regroupés sous quatre catégories au lieu de trois. Les symptômes de reviviscences demeurent intacts (critère B). La nouveauté réside plutôt dans le fait que le critère C du DSM-IV-TR incluant les symptômes d'évitement et d'émoussement a été divisé en deux catégories. Ainsi, les symptômes d'évitement forment maintenant une catégorie à part entière; ils deviennent donc obligatoires pour un diagnostic d'ESPT (critère C). Des symptômes cognitifs et émotifs sont ajoutés aux symptômes d'émoussement dans une nouvelle catégorie (critère D). On y

retrouve entre autres les croyances négatives et persistantes envers soi-même ou du monde, le blâme de soi ou d'autrui, et la présence d'émotions négatives persistantes (p. ex., colère, culpabilité, honte). Enfin, la présence de comportements autodestructeurs ou téméraires a été ajoutée comme symptôme lié à l'hyperactivité générale (critère E). Ces symptômes doivent être présents depuis au moins un mois et entraîner une détresse ou une interférence importante dans le fonctionnement quotidien (critères F et G).

1.2.2 Prévalence, troubles associés et conséquences

Le taux de prévalence à vie d'un ESPT dans la population *générale* nord-américaine se situe entre 6 et 9,2 % (Kessler *et al.*, 2005; Van Ameringen *et al.*, 2008). Des études récentes évaluant la présence de troubles mentaux au sein des *travailleurs* de divers types d'emploi ont rapporté des taux de prévalence pour l'ESPT de l'ordre de 1,5% et 1,8% (Linden et Muschalla, 2007; Muschalla et Linden, 2013). Des taux de prévalence plus élevés concernant certains types de métiers en particulier sont rapportés par certaines études, comme les policiers (8 à 35%; Lacerte, Marchand et Nadeau, 2011), les soldats et vétérans (5 à 20%; Ramchand *et al.*, 2010), et les employés d'un dépanneur (4 %; Belleville *et al.*, 2012). Toutefois, des études à plus grande échelle (p. ex., des enquêtes nationales) seraient nécessaires afin de confirmer ces taux auprès de la population des travailleurs.

Le développement de l'ESPT affecterait plusieurs sphères de la vie d'une personne qui en souffre, en plus de son impact plus large sur la société. En effet, l'ESPT serait associé à des conséquences importantes sur le plan social, physique, psychologique, professionnel, ainsi qu'à une hausse de consultations médicales et des coûts économiques considérables (APA, 2013). Au niveau social, la présence de

symptômes d'ESPT, tels que l'irritabilité, les difficultés de sommeil et la perte d'intérêt, peut contribuer à une augmentation des conflits interpersonnels et conjugaux, ainsi que des problèmes lors de la prise en charge de responsabilités familiales (Brillon, 2010; Chen *et al.*, 2007). Des problèmes sur le plan de la santé physique sont également rapportés par les gens souffrant d'ESPT, tels que des maux de tête, des problèmes gastro-intestinaux, de la douleur constante, une baisse de désir sexuel, etc. (Mason, 2002; Pacella, Hruska et Delahanty, 2013; Panos, Panos et Dulle, 2008). Sur le plan psychologique, l'APA mentionne que les individus avec un ESPT ont 80% plus de risque de développer au moins un autre trouble mental que ceux n'ayant pas d'ESPT (APA, 2013). Parmi les troubles les plus fréquents se retrouvent la dépression (35% à 50%), un autre trouble anxieux (20% à 60%) ou un trouble d'abus ou de dépendance aux substances (incluant alcool et drogues; 22% à 42%) (Kessler *et al.*, 1995; Pietrzak *et al.*, 2011).

L'irritabilité, les difficultés de concentration, la présence de reviviscences provoquées par les souvenirs du trauma liés au milieu de travail et les comportements d'évitement conséquents peuvent engendrer une détérioration des relations avec les collègues de travail et les supérieurs, et favoriser une diminution de la productivité au travail. Le travailleur peut s'absenter de son travail temporairement, voire définitivement (Bolton *et al.*, 2004; MacDonald *et al.*, 2003; Penk, Drebing et Schutt, 2002). Sur le plan économique, le présentéisme (présence au travail avec capacités altérées), l'absentéisme, ainsi que l'augmentation des consultations médicales liées à la présence d'un ESPT engendrent d'importantes dépenses sociétales. Les statistiques de la commission de la santé et sécurité au travail (CSST) en 2010 montrent que les individus ayant été victimes de violence au travail se sont absentés en moyenne 171 jours durant l'année, impliquant des déboursés moyens annuels de 11 813 \$ (CSST, 2012). Bref, le développement de l'ESPT engendre de lourdes conséquences dans la vie d'une personne, et ce, dans plusieurs sphères. L'ESPT semble donc influencer

négativement la QV d'une personne en souffrant. Considérant ces lourdes conséquences, il devient impératif que le travailleur qui en souffre obtienne de l'aide psychologique, telle qu'une psychothérapie ciblant l'ESPT.

1.2.3 Traitement cognitif et comportemental pour l'ESPT et son efficacité

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour l'ESPT constitue l'un des traitements de choix recommandés par la Société internationale sur l'étude du stress traumatique (*International Society for Traumatic Stress Studies* [ISTSS]; Foa *et al.*, 2008). Ce type de thérapie englobe diverses formes de psychothérapie, toutes basées sur des modèles théoriques validés (p. ex., la thérapie d'exposition prolongée basée sur le modèle du traitement émotionnel (Foa et Rothbaum, 1998), la thérapie du processus cognitif basé sur le modèle cognitif (Resick et Schnicke, 1993)). Nous avons choisi de ne pas aborder les modèles théoriques sous-jacents à la TCC, mais plutôt de préciser sur la nature de la TCC afin de bien comprendre les stratégies d'intervention appliquées au sein du présent projet de thèse.

En général, la TCC se fixe comme objectif de diminuer les comportements d'évitement, de modifier les cognitions négatives persistantes à propos de l'événement traumatique qui maintiennent l'anxiété, de régulariser les émotions et de diminuer l'hyperactivation. Plusieurs stratégies d'intervention composent généralement la TCC pour l'ESPT. Tout d'abord, il y a la psychoéducation, où le thérapeute explique les symptômes de l'ESPT, leur développement et leur maintien, selon le modèle conceptuel adopté, tout en faisant un lien avec le rationnel sous-jacent à la forme de psychothérapie qui sera poursuivie. Ensuite, le thérapeute peut enseigner au patient certaines stratégies de gestion de l'anxiété (p. ex., l'entraînement

à la respiration diaphragmatique) et de régulation des émotions (p. ex., gestion de la colère) (Brillon, 2010).

De plus, des stratégies d'exposition peuvent être proposées par le psychologue. Ces stratégies visent à exposer le patient au souvenir de l'événement traumatique ou aux éléments qui lui rappellent son trauma (p. ex., des lieux, des personnes, des objets, des sons, des odeurs) (Brillon, 2010; Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). L'exposition en imagination consiste à demander au patient de raconter son événement, par écrit ou oralement, de façon répétée et en ajoutant graduellement de plus en plus de détails afin de rendre le souvenir plus vivide. L'exposition *in vivo* permet d'exposer le patient directement et graduellement aux éléments associés au trauma (p. ex., se rendre sur les lieux où l'événement s'est déroulé). Ces stratégies ont pour objectif de déconstruire l'association (conditionnement classique) entre l'anxiété et le souvenir traumatique ou entre l'anxiété et des éléments qui rappellent l'événement. Les techniques d'exposition ciblent également la réduction des comportements d'évitement face aux rappels de l'événement traumatique qui ont été renforcés (conditionnement opérant) au fil du temps. L'exposition vise donc à favoriser un processus d'habituation/extinction chez le patient, ce qui permet de réduire graduellement l'anxiété associée au trauma et éventuellement, de l'éliminer si possible.

Par le biais de l'exposition, l'individu apprend qu'un élément perçu comme dangereux à cause de l'événement traumatique n'est pas si menaçant en soi. Ainsi, les pensées liées à l'événement traumatique sont également modifiées par le biais des stratégies d'exposition. Toutefois, certains patients éprouvent le besoin de travailler davantage sur la modification des pensées irrationnelles. Le thérapeute peut donc appliquer des exercices supplémentaires de restructuration cognitive. Il est important de noter que certains thérapeutes n'utilisent que des stratégies dites cognitives afin de

traiter les patients aux prises avec un ESPT (p. ex., Resick et Schnicke, 1993) et ce type d'intervention s'est avéré tout aussi efficace que l'application unique de techniques d'exposition (Mendes *et al.*, 2008).

Enfin, la TCC se termine généralement par un retour sur les stratégies employées dans la thérapie avec le patient et l'identification de moyens à mettre en place afin de prévenir de possibles rechutes. Des exercices pratiques sont assignés par le thérapeute entre chaque séance, de façon à promouvoir un processus thérapeutique plus efficace (Brillon, 2010). La TCC dans l'une ou l'autre de ses formes a été prouvée efficace dans le traitement de l'ESPT (Foa et al., 2008; Mendes et al., 2008; Ponniah et Hollon, 2009; Powers et al., 2010).

Par ailleurs, l'efficacité thérapeutique est depuis fort longtemps évaluée par la réduction des symptômes liés au trouble mental traité, ou encore par le fait que les participants ne répondent plus aux critères diagnostiques dudit trouble. Cette mesure est évidemment essentielle pour évaluer l'efficacité d'une intervention. Toutefois, il a été montré que la présence d'un trouble mental peut avoir d'importantes conséquences non seulement sur sa santé mentale, mais également dans d'autres domaines de vie. Comme mentionné précédemment, plusieurs études ont relaté les effets négatifs que pouvait provoquer l'ESPT dans la vie d'une personne qui en souffre. La QV se présente donc comme une variable à considérer lors de l'évaluation des répercussions de l'ESPT, ainsi que lors de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement pour ce trouble.

1.3 Qualité de vie

Le concept de la QV est un sujet complexe qui n'a trouvé que très peu de consensus parmi les experts dans le domaine depuis son introduction dans les années 1960-70 (Katschnig, 2006). En effet, aucune définition ne fait l'objet de consensus encore aujourd'hui entre les chercheurs. De plus, une grande variété de termes peut être retrouvée dans les écrits scientifiques référant à la notion de QV: satisfaction de vie, bonheur, bien-être, fonctionnement, handicap, performance, perception du niveau de santé, etc. Certains auteurs utilisent ces termes comme synonymes (c'est-à-dire de façon interchangeable), d'autres les distinguent conceptuellement, ce qui engendre une importante confusion dans les résultats obtenus à propos de la QV (Dupuis, Taillefer, Etienne, Fontaine, Boivin, & Von Turk, 2000).

Le but de cette thèse n'est pas d'exposer ni de critiquer l'ensemble des définitions et conceptualisations proposées par les chercheurs du domaine. Ainsi, nous discuterons dans la prochaine section du concept de la QV, d'abord en présentant les modèles conceptuels de base sur lesquels s'appuient les recherches actuelles en santé mentale. Par la suite, nous énoncerons une définition opérationnelle de la QV sur laquelle le présent programme de recherche se basera pour évaluer le concept. Enfin, nous terminerons la section en mentionnant la pertinence d'évaluer la QV dans le domaine de recherche sur le trauma.

1.3.1 Modèles conceptuels de la qualité de vie

Le modèle théorique de la satisfaction constitue une des conceptualisations les plus fréquemment utilisées dans la définition et l'évaluation de la QV auprès d'individus

souffrant de troubles mentaux. Développé entre autres par Lehman, Ward et Sinn (1982), ce modèle soutient que la QV correspond au niveau de satisfaction qu'a un individu de sa vie. Ce modèle offre une définition de la QV qui est très large et générale. Certains chercheurs ont tenté d'expliquer pourquoi deux personnes aux conditions « objectives » de vie différentes (p. ex., taux de rémunération différent) peuvent affirmer avoir un niveau de satisfaction de vie équivalent. Ils ont avancé l'idée que nous n'accordons pas le même niveau d'importance à divers aspects de la vie, selon notre culture et ses normes, nos préférences et valeurs personnelles (Becker, Diamond et Stainfort, 1993). Ainsi, dans le cas où un employé aurait une rémunération plus faible que son collègue, si celui-ci accorde moins d'importance à la valeur de l'argent, il peut être satisfait de sa situation financière autant que son collègue et donc obtenir des résultats similaires sur une échelle mesurant la QV pour ce domaine. Ce modèle combiné, intitulé satisfaction/importance, suggère donc que les préférences et le système de valeurs d'un individu influencent sa perception et satisfaction de vie. En d'autres mots, le niveau de QV expérimenté par un individu dépend du degré de correspondance entre ses besoins et désirs, et ses conditions de vie actuelles.

Dans un autre ordre d'idées, un autre modèle conceptuel de la QV est proposé : le modèle des rôles sociaux (*role-functioning*) (Bigelow *et al.*, 1982). Celui-ci se base sur le fait qu'une personne remplit plusieurs rôles sociaux au cours de sa vie, comme être parent, ami, employé, mari/femme. Chacun de ses rôles comporte des exigences particulières de performance, en fonction de standards personnels ou établis par la société. Par exemple, dans le rôle d'employé, un individu doit être capable de se concentrer, de gérer le stress, de bien s'entendre avec ses collègues, etc. Par cette perspective, plus un individu semble capable, en raison de ses habiletés cognitives, affectives et comportementales, de répondre aux demandes de performance de ses divers rôles sociaux, meilleure sera sa QV. Ainsi, la QV correspondrait au niveau de

fonctionnement perçu par une personne dans chacun de ses rôles sociaux. Certains auteurs critiquent le modèle entre autres en raison de la perspective plus "normative" de celui-ci, en raison de la comparaison du niveau de fonctionnement avec des normes établies (Angermeyer, & Kilian, 2006). Toutefois, comme les sociétés occidentales actuelles promeuvent l'accomplissement et la performance dans plusieurs rôles sociaux, tels que celui de travailleur, comme un indicateur de santé et de bien-être (Waddell, 2006), il semble essentiel d'intégrer cet aspect dans la conceptualisation de la QV.

Bref, ces modèles se concentrent sur la perception subjective d'une personne de ses conditions de vie objectives, que ce soit en termes du niveau de satisfaction ou de fonctionnement. De nombreux questionnaires utilisés dans les recherches actuelles sur la QV se sont basés sur ces modèles théoriques, en particulier celui de la satisfaction/importance (p. ex., *World Health Organization Quality of Life – 100 items* (WHOQOL-100; WHOQOL group, 1995), *Quality of Life Inventory* (Frisch, 1993)).

1.3.2 Définition de la qualité de vie

De nombreuses définitions de la QV sont énoncées par les chercheurs du domaine en raison, entre autres, de la diversité des conceptualisations. Plusieurs chercheurs ont également proposé des définitions en identifiant les dimensions dont constituent la QV, plutôt qu'en se basant sur un modèle théorique (Dupuis, et al., 2000). L'équipe du présent programme de recherche doctorale a élaboré sa propre définition de la QV en fonction des modèles présentés précédemment. Il s'est fortement appuyé sur la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une institution internationalement reconnue pour la qualité de ses recherches.

Dans leur grand projet initié au début des années 1990, une équipe de chercheurs de l'OMS se sont réunis afin d'établir une définition du concept et développer un instrument de mesure valide, fidèle et applicable à diverses cultures (World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL), 1993). La QV a été définie comme étant :

la perception individuelle qu'a un individu de sa place dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux aspects essentiels de son environnement (traduction libre; WHOQOL Group, 1995).

En bref, l'OMS considère la QV comme étant la satisfaction d'un individu quant à diverses sphères de vie, en fonction de sa culture et ses normes, ainsi que son système de valeurs et objectifs de vie. La QV est perçue comme un concept subjectif, multidimensionnel et culturellement applicable, trois éléments qui semblent être promus par les experts quant à la conceptualisation de la QV (Katschnig, 2006). Par cette définition, l'OMS incorpore les éléments du modèle combiné satisfaction/importance.

Le programme de recherche de la présente thèse inclut également le modèle des rôles sociaux dans sa conceptualisation de la QV. Nous considérons que la QV est également influencée par la perception du niveau de fonctionnement dans diverses sphères de vie. Ainsi, dans le cadre de cette thèse, la QV est conceptualisée comme étant la satisfaction qu'a un individu de sa vie en fonction des normes de sa culture et de son système de valeurs personnelles (selon le modèle théorique satisfaction/importance), et de la perception du niveau de fonctionnement dans

plusieurs sphères de vie (modèle théorique des rôles sociaux). Cette définition plus complète permet de répondre aux recommandations de certains experts dans le domaine. En effet, il est fortement suggéré d'évaluer la QV liée à la santé sur trois facettes distinctes : (1) le niveau de satisfaction générale, (2) le niveau de fonctionnement dans divers rôles sociaux, et (3) les conditions de vie objectives (Gladis *et al.*, 1999; Katschnig, 2006).

1.3.3 La pertinence d'étudier la qualité de vie

Le concept de la QV tente d'expliquer la souffrance d'une personne comme un tout et non uniquement comme la mesure exclusive des symptômes d'une maladie physique ou mentale (Katschnig, 2006). Le concept de la QV est donc de plus en plus utilisé par les scientifiques qui cherchent à mieux comprendre l'entière d'un phénomène. La mesure de la QV est utilisée afin d'obtenir une évaluation adaptée et complète des conséquences liées aux problèmes biopsychosociaux chez un individu ou une population. D'ailleurs, la QV fait à présent partie intégrante de la description des troubles mentaux (APA, 2013). De nombreuses recensions des écrits peuvent également être dénombrées à propos de l'influence d'un trouble mental sur la QV. Par exemple, nous avons décelé sept recensions des écrits publiés depuis les années 2000 portant sur la QV chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux (Holowka et Marx, 2012; Maddux, Delrahim et Rapaport, 2003; Mendlowicz et Stein, 2000; Mogotsi, Kaminer et Stein, 2000; Olatunji, Cisler et Tolin, 2007; Quilty *et al.*, 2003; Schneier et Pantol, 2006).

Dans la même veine, le concept de QV est de plus en plus utilisé comme mesure d'efficacité d'une intervention psychologique pour les personnes aux prises avec un trouble mental. La réduction des symptômes ne suffit plus comme mesure d'impact si

l'on considère plus globalement l'expérience des patients, c'est-à-dire à la fois la présence du trouble et l'effet que ce dernier exerce sur diverses sphères de leur vie (Katschnig, 2006). Par ailleurs, les cliniciens sont particulièrement intéressés à favoriser chez leurs clients une meilleure QV générale, en plus d'une amélioration sur la symptomatologie. Bref, que ce soit pour examiner les conséquences liées à la présence d'un trouble mental ou évaluer l'efficacité d'une thérapie, la mesure de la QV devient centrale dans une meilleure compréhension d'un phénomène psychologique.

Les troubles anxieux sont reconnus pour leur impact notable dans la vie quotidienne des personnes qui en souffrent (Kessler, et al., 2009). C'est d'ailleurs les difficultés rencontrées dans plusieurs sphères de vie en raison de la présence d'un trouble anxieux qui poussent certains individus à aller consulter en thérapie. Dans le cas de la survenue d'un événement traumatique, il est assez reconnu que la vie d'une personne est particulièrement bouleversée. Les croyances quant à la sécurité du monde extérieur sont ébranlées, la perception du danger se trouve généralisée à diverses facettes et situations de la vie courante et le sentiment de peur devient constant (Brillon, 2010). Bref, la QV des individus devient perturbée, ce qui justifie l'utilité d'un instrument de mesure à cet effet, que ce soit dans le but de mieux évaluer les conséquences liées à l'exposition à un trauma, que celui d'observer l'amélioration clinique dans le rétablissement de ces victimes à la suite d'une intervention psychologique.

1.4 La spécificité des employés victimes d'événements traumatiques au travail

La section qui suit présente les particularités liées à l'expérience des employés victimes d'un événement traumatique dans leur milieu de travail. D'abord, la

définition d'un traumatisme au travail est exposée et illustrée à l'aide d'exemples. Nous expliquons ensuite la pertinence d'étudier cette population, et ce, en fonction des métiers et milieux à risque d'être exposé à un événement traumatique, de la fréquence et des conséquences associées, ainsi que de certaines particularités liées au contexte professionnel.

1.4.1 Exemples et définition des événements traumatiques au travail

Le vol à main armée, une agression verbale ou physique, un accident de transport, un accident de travail impliquant une blessure physique grave, une exposition à des substances toxiques, un sauvetage dans des conditions périlleuses, le décès d'un collègue dans l'exercice de ses fonctions, la vue de corps mutilés sont autant d'exemples de ce que peuvent vivre certains travailleurs dans le cadre de leur emploi. Ces événements sont potentiellement traumatiques pour les travailleurs qui en sont victimes; pour qu'un événement soit qualifié de traumatique, il doit répondre aux critères du DSM mentionné précédemment (voir Annexe A; APA, 2013). De plus, les événements traumatiques au travail sont définis comme ceux associés aux tâches professionnelles de l'employé ou qui surviennent en proximité de l'environnement de travail (Bolton *et al.*, 2004; Penk, Drebing et Schutt, 2002).

1.4.2 Pertinence d'étudier les employés victimes d'un trauma au travail

1.4.2.1 Métiers et milieux de travail à risque

Certains métiers seraient dits plus à risque de faire vivre aux employés des événements traumatiques sur le lieu de travail, particulièrement si leurs tâches professionnelles incluent des contacts réguliers avec des patients ou des clients, de la manutention d'argent et l'application de règlements. Les employés des services d'urgence et de protection, des services sociaux, d'enseignement et de santé seraient déclarés parmi les professions les plus à risque et seraient par ailleurs les plus étudiées par les chercheurs (Mayhew et Chappell, 2007; Violence au travail selon le sexe et le genre [VISAGE], 2013).

Toutefois, les employés d'autres milieux de travail, considérés comme plus sécuritaires en raison de leurs tâches professionnelles (p. ex., poste administratif), peuvent également être victimes d'événements traumatiques comme le harcèlement psychologique, une agression de la part d'un collègue, ou encore le fait de constater le suicide d'un collègue. Ces employés ont généralement tendance à croire que leur environnement de travail est tout à fait sécuritaire (Grunert *et al.*, 1992) et lorsqu'un événement bouleversant inattendu survient, leurs croyances personnelles liées à la sécurité des lieux s'en trouvent ébranlées et contribuent à l'apparition de troubles mentaux, comme l'ESPT (Everly, 1993).

Bref, aucun milieu n'est protégé face à ce genre de danger et les conséquences d'un événement traumatique peuvent être dommageables pour tout type d'employé. Malgré une abondance d'études effectuées auprès de travailleurs dits à risque d'être exposé à des événements traumatiques, comme le personnel de l'armée (Bolton *et al.*, 2004; Tehrani, 2004), il demeure important d'étudier tous les milieux professionnels, afin de mieux documenter les événements traumatiques pouvant survenir au travail et leurs conséquences, selon les types de travail, pour ainsi permettre de venir en aide à n'importe quel employé qui pourrait en vivre.

1.4.2.2 Fréquence et conséquences des événements traumatiques au travail

Les événements traumatiques survenant en milieu de travail seraient possiblement plus fréquents que ceux survenant dans la vie personnelle (Boyer et Brunet, 1996). Il est toutefois difficile d'obtenir un taux de fréquence exhaustif, étant donné la diversité des types d'événements traumatiques et des milieux de travail, ainsi que la possibilité de non-déclaration d'un incident en raison d'une normalisation de la violence en milieu de travail ou d'une peur liée au jugement des collègues et des employeurs (Mayhew et Chappell, 2007; Tehrani, 2004; VISAGE, 2013).

Les statistiques suivantes portent sur différents types d'événements survenant en milieu de travail qui peuvent possiblement être traumatiques. Selon une étude québécoise récente, le deux tiers des travailleurs auraient été victimes ou témoins de violence (incluant l'agression verbale, la violence physique, et le harcèlement psychologique et sexuel) durant leurs heures de travail au cours de la dernière année (VISAGE, 2013). Les récents rapports annuels de la CSST du Québec indiquent que 83 458 requêtes ont été formulées et acceptées en une seule année pour indemnisation à la suite d'accidents de travail, incluant entre autres des actes violents, des accidents de transport, des expositions à une substance toxique, des feux et explosions, et des contacts violents avec des objets (CSST, 2013). Une enquête sociale générale sur la victimisation effectuée au Canada indique qu'il y aurait plus de 356 000 cas de violence en milieu de travail en une seule année, ce qui constitue 17% de tous les incidents violents rapportés (de Léséleuc, 2004). Les résultats seraient demeurés sensiblement les mêmes durant l'enquête suivante effectuée cinq ans plus tard (Perreault et Brennan, 2009).

Vivre un événement traumatique au travail en soi peut avoir plusieurs conséquences néfastes pour l'employé qui en est victime. D'importantes conséquences sur le plan de la santé physique (p. ex., douleurs liées à des blessures, maux de tête, problèmes cardiovasculaires), de la santé psychologique (p. ex., ESPT, état dépressif, problèmes de concentration), du niveau socioéconomique (p. ex., isolement, difficultés conjugales, problèmes financiers à la suite d'un arrêt de travail) et sur le plan professionnel (p. ex., baisse de productivité, problèmes au sein des relations avec les collègues et superviseurs, absences répétées au travail) sont relevées dans les écrits scientifiques (p. ex., (Belleville *et al.*, 2012; Chen *et al.*, 2007; Lanctôt et Guay, 2014; Mason, 2002; Miller-Burke, Attridge et Fass, 1999; Nielsen et Einarsen, 2012; North *et al.*, 2002; Ozen et Sir, 2004; VISAGE, 2013). L'ESPT constitue une des conséquences les plus fréquemment rencontrées sur le plan clinique (Lanctôt et Guay, 2014).

1.4.2.3 Particularités liées aux événements traumatiques au travail

Les événements traumatiques survenant en milieu de travail peuvent se distinguer de ceux se produisant dans d'autres milieux. Premièrement, les croyances des employés sur la sécurité des lieux de travail peuvent être fortement ébranlées à la suite d'un événement traumatique. Il est fort possible que les travailleurs blâment leurs gestionnaires et employeurs, les identifiant comme responsables d'assurer un environnement sécuritaire de travail. Certains employés iront même jusqu'à les poursuivre en justice, en raison des conséquences graves que leur accident aurait causé dans leur vie. Ces procédures impliquent que la victime parle de son accident, ainsi de ses conséquences, ce qui peut engendrer un stress additionnel et contribuer au maintien de l'anxiété post-traumatique (Penk, Drebing et Schutt, 2002).

De plus, les travailleurs auraient davantage tendance à prendre un arrêt temporaire ou définitif de leur travail lorsque l'événement traumatique s'est produit dans leur environnement de travail plutôt que dans leur vie personnelle (Mason, 2002). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat : l'employé peut ressentir de forts sentiments négatifs à l'égard d'un collègue ou d'un employeur fautif (p. ex., colère, ressentiment), il désire éviter tout rappel de l'événement traumatique associé à l'environnement de travail (Bolton *et al.*, 2004), l'employé peut avoir peur du jugement de ses collègues ou des superviseurs (Hull, 2002), ou encore il peut éprouver d'importantes difficultés cognitives (p. ex., fatigue, concentration, mémoire) limitant sa performance professionnelle (De Mol, 1998). L'arrêt de travail impose fréquemment des demandes d'indemnisation auprès d'un organisme, comme la CSST. Ces procédures sont parfois perçues comme difficiles par les victimes et contribuent à un stress additionnel (Hensel *et al.*, 2010).

Bref, les conséquences vécues par les employés victimes d'un événement traumatique seraient généralement décrites comme particulièrement sévères lorsque les traumatismes surviennent en milieu de travail à cause, entre autres, de la multitude de facteurs précédemment mentionnés (Mason, 2002). Ainsi, il devient important de bien documenter ce que peuvent vivre ces travailleurs exposés à des traumatismes en milieu professionnel et en particulier, ceux qui développent un ESPT, afin qu'ultimement ils puissent recevoir une aide appropriée. La QV constitue une mesure pertinente dans l'évaluation de l'ampleur d'un phénomène et devrait donc être considérée avec attention à cet égard. De plus, la QV constitue une mesure appropriée dans l'évaluation de l'efficacité d'interventions visant le rétablissement global des individus souffrant d'ESPT.

1.5 Objectifs et contenu de la thèse

1.5.1 Objectifs de la thèse

La présente thèse a pour objectif principal d'approfondir les connaissances sur la QV vécue par des employés souffrant d'ESPT à la suite d'un événement traumatique au travail, et ce, à l'aide d'une recension systématique des écrits et d'une étude empirique quasi-expérimentale. La recension systématique des écrits permettra de mettre à jour les connaissances sur le sujet, ainsi que d'identifier les lacunes conceptuelles et méthodologiques des études réalisées jusqu'à présent. L'étude empirique, pour sa part, vise à remédier aux lacunes observées dans la recension et inclut deux volets. Tout d'abord, elle s'intéresse à détailler le portrait des victimes d'un traumatisme survenu en milieu de travail, en termes de types d'événements traumatiques vécus, de l'intensité de l'ESPT et du niveau de QV expérimenté. Les résultats permettront de préciser les besoins de cette population particulière. Ensuite, le programme de recherche vise à documenter l'évolution des symptômes cliniques et de la QV pendant et après une psychothérapie pour l'ESPT, de façon à optimiser le rétablissement des travailleurs traumatisés. En surplus, la présente thèse désire contribuer à accroître les connaissances à propos des relations pouvant exister entre l'ESPT et la QV. Leurs relations seront analysées de façon transversale et longitudinale.

1.5.2 Contenu de la thèse

La thèse se divise en cinq chapitres. Le chapitre I a abordé les notions essentielles liées à la compréhension des prochains chapitres de cette thèse, entre autres, quant à

la problématique des événements traumatiques au travail, de l'état de stress post-traumatique et de son traitement, ainsi que de la notion de QV.

Le chapitre II vise à recenser les études scientifiques ayant examiné la QV chez les victimes d'un trauma au travail ayant développé un ESPT. Elle inclut les études au design transversal ayant examiné le lien entre le développement de l'ESPT et le niveau de la QV chez cette population, ainsi que les études longitudinales portant sur l'évolution de la QV, avec ou sans traitement spécialisé pour l'ESPT. L'article intitulé « *Quality of life in workplace trauma victims with Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review* » a été soumis pour publication au *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma* (voir l'accusé de réception à l'Appendice B). Les observations et conclusions de cette recension des écrits quant aux lacunes conceptuelles et méthodologiques des études actuelles sont considérées par la suite dans l'élaboration de notre étude empirique.

Les deux chapitres suivants rapportent les résultats de cette étude empirique portant sur 46 participants qui ont vécu au moins un événement traumatique sur le lieu de travail et qui désirent poursuivre une psychothérapie cognitive et comportementale pour leur ESPT. Les participants ont été recrutés au Centre d'étude sur le trauma, de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), à travers un projet de plus grande envergure visant l'évaluation des prédicteurs et médiateurs de la TCC pour l'ESPT. Les participants de notre étude proviennent de milieux professionnels variés. Le devis de recherche est de type quasi expérimental, plus précisément à série temporelle simple (sans groupe contrôle). L'intervention offerte consiste en une TCC ciblant le traitement de l'ESPT en 20 séances. Plusieurs mesures d'évaluation sont prévues entre le prétest et le post-test afin, entre autres, de bien saisir l'évolution des changements pendant la thérapie. Un suivi six mois plus tard est également effectué. Le diagnostic et l'intensité de l'ESPT ont été évalués par des entrevues semi-

structurées et la QV, par des questionnaires auto-rapportés. L'ensemble des évaluations et des séances de thérapie se sont déroulés dans des locaux du Centre d'étude sur le trauma affilié au centre de recherche de l'IUSMM.

Le chapitre III présente donc un article empirique qui porte le titre suivant : « Quality of life in workplace trauma victims seeking treatment for posttraumatic stress disorder » et qui a été soumis au journal scientifique *Traumatology* (voir l'accusé de réception à l'Appendice B). Cet article vise à témoigner de l'expérience vécue par les employés exposés à un événement traumatique au travail, en termes de types d'événements traumatiques, de symptômes post-traumatiques et du niveau de QV. Les analyses portent sur les données recueillies à l'évaluation du prétest, ceci dans le but d'obtenir un portrait des conséquences liées à l'exposition à un événement traumatique en milieu de travail et au développement subséquent d'un ESPT. Un second objectif consiste à identifier les similarités et les différences de ces variables (types de trauma, ESPT, QV) entre les employés de divers métiers. À notre connaissance, très peu d'études à ce jour ont évalué un échantillon de travailleurs provenant de milieux professionnels variés, et aucune étude n'a tenté de déterminer les similarités et différences pouvant exister entre eux sur les conséquences vécues à la suite d'un trauma au travail. Enfin, un troisième et dernier objectif consiste à examiner à quel point l'intensité de l'ESPT peut prédire le niveau de QV rapporté par les participants, afin de bien documenter la relation entre les deux variables.

Le chapitre IV comprend le deuxième volet de l'étude empirique de cette thèse et s'intitule: « Longitudinal analysis of PTSD and quality of life among workplace trauma victims seeking treatment ». L'article a été soumis au journal scientifique *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy* (voir l'accusé de réception à l'Appendice B). Dans ce chapitre, l'évolution des symptômes et de la QV est observée pendant et après un traitement psychologique de type cognitif et

comportemental pour l'ESPT auprès du même échantillon de participants. De plus, une analyse longitudinale des variables principales (ESPT et QV) sera effectuée dans le but d'examiner leurs relations pendant et après le processus thérapeutique. Plus précisément, nous tenterons de répondre à la question suivante : comment les changements dans l'intensité des symptômes évoluent-ils en relation avec les changements liés à la QV durant et après une psychothérapie pour l'ESPT ? L'étude permettra de contribuer aux connaissances sur l'effet d'une TCC pour l'ESPT sur les symptômes et la QV pour une population de travailleurs traumatisés, ce qui est relativement peu étudié encore aujourd'hui. De plus, l'étude est originale en ce sens qu'elle examine l'évolution de l'ESPT et de la QV, ainsi que leurs relations, à travers chaque étape thérapeutique de la TCC.

Enfin, le chapitre V présente une synthèse des résultats obtenus dans les trois articles de la thèse et propose une discussion sur les principaux résultats, afin d'en dégager une conclusion générale. Par la suite, les implications cliniques découlant de ces résultats sont énoncées. Nous soulignons en terminant les forces et les faiblesses méthodologiques de notre projet de recherche et nous proposons des pistes pour les recherches futures dans le but de poursuivre l'avancée des connaissances sur le sujet.

CHAPITRE II

QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER : A SYSTEMATIC REVIEW

ARTICLE SOUMIS LE 19 JANVIER 2016 POUR PUBLICATION AU *JOURNAL
INTERNATIONAL DE VICTIMOLOGIE*

QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS WITH
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW

Sophie Lacerte, B. Sc. ^{a,b},

Sarah Bruyninx, B. Sc. ^{b,c},

Delphine-Émilie Bourdon, B. Sc. ^{a,b},

et André Marchand, Ph. D. ^{a,b}

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

^b Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal,
Montréal, Canada

^c Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières,
Canada

RÉSUMÉ

L'influence du développement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) à la suite d'un événement traumatique survenu en milieu de travail sur la qualité de vie (QV) n'a pas été clairement établi. L'objectif du présent article est de synthétiser l'information provenant d'études au devis transversal ou longitudinal évaluant la QV. Une recension des écrits systématique entreprise à partir des bases de données PsycINFO, PubMed, et Pilots et de mots clés prédéterminés a permis de relever 28 articles publiés entre 1980 et 2014. Des juges indépendants ont extrait les informations pertinentes des articles sélectionnés en utilisant une grille testée *a priori*. Les études recensées incluent les populations suivantes : soldats et vétérans, employés des services d'urgence et de protection, employés des services de transport, ainsi que les employés des services publics et d'industrie de matière primaire. Une piètre QV a été observée auprès de toutes les victimes d'un événement traumatique au travail souffrant d'ESPT. De nombreuses sphères de vie semblent affectées par la présence du trouble mental. Les études longitudinales montrent des améliorations à la QV lorsque les travailleurs participent à une psychothérapie pour l'ESPT. En raison de la grande diversité dans les devis, les participants, l'évaluation de la QV et le faible nombre d'études recensées, la généralisation des résultats obtenus est limitée. Toutefois, la recension a permis de déceler les lacunes des études existante et proposent des recommandations pertinentes pour les futures recherches.

Mots clés: état de stress post-traumatique, événement traumatique au travail, travailleur, qualité de vie, traitement, recension des écrits

Abstract

The effect of work-related posttraumatic stress disorder (PTSD) on quality of life (QoL) has not been well established. The purpose of this paper is to synthesize existing data from cross-sectional or longitudinal studies evaluating QoL in this particular population. In this systematic review, the PsycINFO, PubMed, and Pilots databases were searched using specific keywords, and the search yielded 28 studies from 1980 to 2014. Data extraction was systematically conducted by a pair of independent judges using a form created during a pilot test. The samples of the retrieved studies included the following populations: soldiers and veterans, emergency and protective service employees, transportation service workers, primary industry employees and utility workers. Poor QoL seems to be experienced by workplace trauma victims suffering from PTSD. Several areas of life are greatly affected by the presence of work-related PTSD. Longitudinal studies demonstrated significant improvements in QoL when PTSD workers participate in psychotherapy. Given the heterogeneity of the studies' design, participants, and QoL assessment and the low number of included studies, the generalizability of these conclusions is limited. However, this review identifies the limitations of existing QoL studies and suggests relevant recommendations for future research.

Keywords: posttraumatic stress disorder, workplace trauma, worker, quality of life, treatment, review

Introduction

PTSD and quality of life

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common stress reaction developed after experiencing a traumatic event that exposes one to an actual or threatened death, a serious injury or sexual violence (American Psychiatric Association [APA], 2013). Epidemiologic studies indicate that 8% to 20% of people exposed to a trauma will develop PTSD (Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Individuals affected by PTSD experience intrusive memories of the trauma and consistently attempt to avoid trauma-related cues. They manifest a persistent negative mood, altered thinking (e.g., persistent distorted self-blame), heightened arousal (e.g., sleeping difficulties, hypervigilance), and significant impairments to daily functioning (APA, 2013).

In recent decades, researchers have shown interest in examining the influence of the presence of PTSD on the sufferer's quality of life (QoL). Although no agreed-upon definition of QoL exists yet, the concept in mental health research can be broadly defined as how people live their daily lives with a mental disorder and how satisfied they are with their lives, their functioning and their resources (Katschnig, 2006). Various terms are used by researchers to measure the general concept of QoL, depending on how it is conceptualized: happiness, life satisfaction, health status, functioning, disability, well-being, etc. Each of these specific terms is defined differently by researchers, but each intends to measure a person's QoL (Dupuis, Taillefer, Etienne, Fontaine, Boivin, & Von Turk, 2000).

Experts appear to agree, however, on using minimal requirements when assessing QoL. First, researchers acknowledge that QoL is, above all, an outcome of personal meaning; therefore, at minimum, a subjective assessment of QoL is necessary. Objective items can be added to gain a better understanding of a person's life situation (Holowka & Marx, 2011). Second, researchers seem to agree that QoL is a multidimensional construct encompassing various aspects of life, such as relationships, family roles, work or school, activities of daily living, leisure, finances, and health (Katschnig, 2006).

Several studies have demonstrated the negative impact of PTSD on QoL in multiple spheres of life. PTSD patients report that they suffer from a variety of physical complaints, such as headaches, gastrointestinal problems, and pain (Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013). PTSD has been associated with an increase in interpersonal, familial and marital conflicts (Brillon, 2010). Individuals with PTSD may show decreased productivity at work and absent themselves from work (Bolton et al., 2004, MacDonald et al., 2003). Furthermore, the association between PTSD and low QoL is supported by reviews (Holowka & Marx, 2011, Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007).

Several studies have examined changes in QoL over time among PTSD sufferers. One recent study found that health-related QoL improved slightly two months after the first emergency consult for individuals presenting with posttraumatic stress symptoms. However, these patients' QoL scores were still below the norms (Senneseth, Alsaker, & Natvig, 2012). Most longitudinal studies have investigated the influence of a specific treatment for PTSD on QoL. A recent meta-analysis stated that cognitive-behavioral therapy (CBT) has a moderately strong effect on QoL among patients with anxiety disorders, including PTSD (Hofmann, 2014).

Though much information is available on QoL among individuals suffering from PTSD caused by various types of trauma, data on the impact of work-related PTSD is not well established.

Workplace trauma

Workplace trauma is defined as a traumatic event that is associated with one's work duties or that occurs in one's work environment, including while working *off site* (Bolton, Holohan, King, & Wing, 2004; Penk, Debring, & Schutt, 2002). Examples of workplace trauma include physical or verbal assault, bullying, death of a colleague, combat in a war zone, rescue of a severely injured victim, and transport accidents. Epidemiological studies have demonstrated the high prevalence of traumatic events at work. The U.S. Bureau of Labor, for example, reported an annual rate of five violent crimes at work per 1,000 employed persons (Harrell, 2011). Although some workplaces are associated with a high probability of exposure to a traumatic event because of the nature of the work tasks (e.g., soldiers, police officers, nurses; Bolton, et al., 2004), no worker is immune to experiencing such events.

The consequences of exposure to a traumatic event at work can differ from those associated with other types of trauma. Beliefs about safety at work can be uncertain following the traumatic event, and workers might blame their employer or even initiate judicial proceedings against their employer, thus contributing to increased post-traumatic anxiety (Hensel et al., 2010; Penk, Drebing, & Schutt, 2002). Workers tend to take sick leave or quit their jobs more often when a traumatic event has occurred in the workplace than when an event has occurred in their personal lives (Mason, 2002). Given that work constitutes a source of self-satisfaction and socialization and establishes a routine with a purpose for the day, being on sick

leave can negatively affect the QoL of sufferers (Bolton et al., 2004). Moreover, sick leave implies compensation proceedings that can be harsh and time consuming (Hensel et al., 2010), contributing to the maintenance of post-traumatic symptoms and diminished QoL.

One study published in 2009 reviewed QoL in a particular population of individuals experiencing workplace trauma, veterans (Schnurr, Lunney, Bovin, & Marx, 2009). However, to our knowledge, no existing study has reviewed data on QoL among different types of workplace trauma victims. In addition, no existing study has reviewed changes in QoL over time (including treatment outcome studies) in this population.

Objectives

Therefore, the purpose of this systematic review is to synthesize and update the existing data on traumatized workers to address two main questions. First, how does experiencing workplace trauma-related PTSD affect QoL? Second, how does QoL evolve over time, with and without psychological treatments for PTSD, among the affected population? To address these questions, this review includes studies with cross-sectional and longitudinal designs and studies that take a multidimensional approach to subjective QoL, in accordance with our general definition of QoL.

Method

Selection of articles

We conducted an initial literature search to identify adequate search terms and key criteria for article selection. On November 28, 2014, the first author conducted an extensive search of the PsycINFO, PubMed, and Pilots databases. The search terms included the main

terms used in the past decades to refer to the concept of QoL (Dupuis, 2000) and terms used to identify workplace trauma victims suffering from PTSD. The search terms were entered as keywords in the PsycINFO and Pilots databases and in the “Title/abstract” field for the PubMed database. We used the following search terms to search all of the databases: (quality of life OR well-being OR life satisfaction OR disability OR impairment OR functioning OR happiness) AND (PTSD OR posttraumatic OR post-traumatic) AND (work* OR occupation*). The work-related words are sensitive single terms used to locate studies evaluating work-related traumas or work-related PTSD. The search was limited to original articles published in English or French beginning in 1980 (the year PTSD was introduced into the DSM-III). The reference lists in the selected articles and reviews yielded by the database search were screened to identify other potentially relevant articles. The final sample was composed of 28 articles (see the flow chart in Figure 1).

Insert Figure 1

The selection criteria were pre-determined. Studies were included if (a) they evaluated adult workers who were exposed to a traumatic event at the workplace, (b) PTSD diagnosis was assessed with a diagnostic interview or a questionnaire using a clinical cut-off score, and (c) QoL was assessed at least with subjective items that encompassed multiple domains of life. Studies in which QoL was evaluated only in terms of mental health status (e.g., presence/absence of mental disorders) were excluded according to our general definition of QoL. Dissertations retrieved from the database search were also included, but we excluded case study designs, non-original

studies (e.g., reviews, comments), and those examining secondary traumatic stress, which is the clinical designation for PTSD symptoms acquired vicariously through caring for trauma victims.

Data extraction

Based on Cochrane's recommendations (Higgins & Green, 2008), data extraction was systematically conducted by the same pair of independent judges who selected the articles. The judges included psychology graduate and undergraduate students trained in this procedure. We developed a data extraction form specific to this review, pilot-tested it on two randomly selected studies, and refined it accordingly. A pair of judges independently completed the form for all of the included articles and the extracted data were then compared. Discrepancies in the extracted data were discussed between the judges until a resolution was reached. The level of inter-rater reliability was good; the mean of agreement was 90.62%.

The extracted data included (a) study description (country, study design, and groups), (b) sample characteristics (sample size, age, gender, type of work, and type of workplace trauma), (c) assessment of PTSD diagnosis (type of measurement, DSM version used), (d) assessment of QoL (term employed, definition, and measurement), (e) psychotherapy for PTSD (type, duration), and (f) QoL results (descriptive data, QoL and PTSD correlations, between-group differences, and changes from pre- to post-treatment and at follow-ups). Most of the reviewed studies included both participants with PTSD and those with a partial diagnosis or no PTSD; therefore, we decided to report the comparative results between those groups and to add these data to the body of evidence on the association between PTSD and QoL. Because the study designs, participants, QoL assessments, and PTSD treatments varied markedly, we focused on

describing the studies, their results, and their limitations and on qualitative synthesis rather than meta-analysis.

Results

Characteristics of reviewed studies

Table 1 describes the characteristics of the reviewed studies, which were divided into four categories according to the type of work: public transportation employees ($n = 2$), primary industry workers and utility workers ($n = 4$), emergency and protective services ($n = 4$), and active soldiers or veterans ($n = 18$).

Insert Table 1

Methods and participants. Twenty-one reviewed studies were cross-sectional. Most of the studies had a prospective design ($n = 23$), were conducted in the USA ($n = 18$) and included a comparison group ($n = 21$), such as participants with no PTSD, a partial diagnosis of PTSD or a wait-list condition in treatment studies. Sample sizes varied between 33 and 10,132, with nearly half of the study samples ($n = 13$) containing fewer than 200 participants. With the exception of two studies evaluating exclusively female workers, women represented on average 10.7% of the sample in gender-mixed studies ($n = 11$). The mean age was 42.5 years. Half of the studies evaluated PTSD using a clinical interview. PTSD diagnosis was based on either the DSM-III / DSM-III-R criteria ($n = 8$) or on the DSM-IV / DSM-IV-TR criteria ($n = 19$).

QoL assessment. A variety of terms relating to QoL were used in the reviewed articles, including some studies that examined more than one construct simultaneously: functioning ($n =$

9), disability ($n = 7$), health-related QoL ($n = 7$), well-being ($n = 7$), life satisfaction ($n = 2$), and overall QoL ($n = 3$). Only four studies provided an operationalized definition of the concept being assessed (Kashdan, Julian, Merritt, & Uswatte, 2006; North et al., 2002), including the WHO's international definitions of general QoL and disability (Dekel, Solomon, & Bleich, 2004; Jakle, 2009). The remaining studies briefly described the contents of the measurement instrument or the questionnaire scales, providing little information about what was actually measured and so, contributing to the confusion regarding QoL data. The studies assessed QoL using interviews ($n = 2$), self-reported questionnaires ($n = 22$), or customized questions ($n = 4$). The variety of questionnaires used by the studies reflects the heterogeneity typically observed in the assessment of QoL. However, three-quarters of the studies used reliable and valid questionnaires with good psychometric qualities (e.g., World Health Organization (WHO) questionnaires, the Short-Form Survey (SF-36), the Sheehan Disability Scale (SDS), the Quality of Life Inventory (QOLI), and the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)).

PTSD treatment. The reviewed studies evaluated the efficacy of CBT ($n = 3$), eye movement and desensitization reprocessing (EMDR; $n = 1$) or an activity-based intervention called nature adventure rehabilitation ($n = 1$). The mean duration of treatments was 45.8 sessions.

QoL in workplace trauma victims with PTSD

The results for QoL among workplace trauma victims with PTSD are carefully described below using the precise term(s) employed by the author(s) of each study to reflect the appropriate QoL construct measured. The results are presented by type of workplace, considering

that different types of traumatic events are experienced in different work environments and can lead to different consequences. No direct comparisons of QoL results could be made between studies on work-related PTSD because of the heterogeneity of the methods used to evaluate QoL.

Transportation service employees. Only two articles on public transportation employees were retrieved. Both are part of a larger study investigating PTSD among the following Stockholm public transportation system employees: ticket collectors, service staff, and underground and long-distance drivers (Högberg et al., 2008; Nardo et al., 2011). The employees were recruited if they had been victims of a physical assault at work or if they had witnessed a “person-under-train” accident. Nardo et al. (2011) reported that PTSD sufferers showed higher social disability and lower overall well-being than their non-PTSD colleagues, thus demonstrating an association between PTSD and QoL.

Högberg et al. (2008) tracked employees who developed PTSD and received five sessions of EMDR. Assessments were performed at baseline, post-treatment, and 8 month and 35 month follow-up. The authors concluded that post-treatment changes in PTSD symptoms and well-being are stable over time. However, at the 35-month follow-up, a significant change in the disability measure finally appeared. The authors noted, “it seems as real life changes have a longer onset than the changes in symptomatic experience”. The results also showed that work capacity significantly improved after treatment for those in remission; 25% were working during the pre-treatment period and 83% at the 35-month follow-up. Unfortunately, the authors did not verify whether this improvement in work capacity was associated with other improved outcomes (e.g., PTSD, disability, and well-being).

Primary industry workers and utility workers. Articles evaluating primary industry workers and utility workers ($n = 4$) were assigned to the same category because of the similarities in the traumatic events that these workers experienced. Employees working in a primary industry such as steel, oil or mining were recruited if they had witnessed a work-related fatality, i.e., the death of one of their colleagues. Utility worker samples were predominantly individuals who had participated in restoration and clean-up in the aftermath of the 2001 World Trade Center terrorist attack. The participants had undertaken life-threatening tasks or had witnessed terrifying images (e.g., dead bodies, victims with significant injuries).

The studies demonstrated that employees who developed PTSD presented mild disability at work and in their social and family lives (Evans, Giosan, Patt, Spielman, & Difede, 2006; Evans, Patt, Giosan, Spielman, & Difede, 2009). One study showed that utility workers who developed PTSD seemed to be approximately seven times more likely to experience significant disability than their colleagues without PTSD (Stellman et al., 2008). Disability was associated with PTSD severity, age and ethnicity (with older and Hispanic workers at greater risk). Additionally, utility workers with PTSD symptoms (subclinical or full criteria) who had significant disability reported experiencing higher levels of anger than their asymptomatic coworkers (Evans et al., 2006; Evans et al., 2009). This result demonstrates that anger can be a central feature of the posttraumatic response in populations who witness atrocities such as terrorist attacks.

A dose-response association between PTSD severity and disability was observed: individuals with partial PTSD demonstrated an intermediate level of difficulties relative to the full PTSD and non-PTSD groups (Evans et al., 2006; Evans et al., 2009). Another study of

primary industry employees who witnessed a work-related fatality showed the same dose-response association in PTSD severity and well-being and life functioning assessments (Blake, Lating, Sherman, & Kirkhart, 2014). Interestingly, no significant differences among full, partial and non-PTSD groups were found with respect to employment duration, suggesting that those who experience PTSD symptoms and diminished QoL continue to work despite major difficulties. The authors concluded that employment longevity or work productivity may not be a reliable marker of normative levels of well-being or of life functioning in industry workers.

Emergency and protective service workers. The study samples included firefighters and rescue and ambulance workers ($n = 4$). The traumatic events that they experienced were associated with rescue and recovery efforts following a terrorist attack (North et al., 2002) or an earthquake (Ozen & Sir, 2004). No information regarding the type of traumatic event was revealed in the other selected studies (Berger et al., 2007; Chen et al., 2007). Poor scores on QoL measures were obtained from participants in all of the studies. Ozen and Sir (2004) observed that PTSD was weakly but significantly associated with poor life satisfaction and that the latter was associated with increased anxiety, depressive symptoms, and decreased productivity at work. Moreover, employees with PTSD reported higher levels of work overload stress, criticism resulting from poor performance, and a tense relationship with superiors and coworkers relative to their asymptomatic colleagues (Chen et al., 2007; North et al., 2002). Employees with PTSD also reported less pride in their jobs and lower rates of job satisfaction (North et al., 2002).

In terms of functional impairment, the majority (83%) of firefighters with PTSD demonstrated more impairment in various life spheres than the few (15%) without PTSD (North et al., 2002). PTSD was associated with poorer relationships with friends (Ozen & Sir, 2004),

stronger perceptions of current physical problems (e.g., cardiovascular and skin problems), and higher rates of psychosocial stressors (e.g. financial, family, marital, and parenting problems) (Chen et al., 2007). Satisfaction with income was surprisingly lower among PTSD sufferers than among non-PTSD workers despite the similar income levels reported by both groups. This result shows that PTSD negatively affects one's perception of a situation, suggesting that responses to self-report questionnaires may reflect more negative perceptions than "reality" would indicate. Chen et al. (2007) observed that firefighters suffering from either PTSD or Major depression (MD) scored significantly lower on QoL measures than those with subclinical PTSD or MD. However, another study found that workers with partial PTSD showed results similar to those observed in the asymptomatic group (Berger et al., 2007).

Active soldiers and veterans. Eighteen studies of QoL among veterans or active soldiers suffering from PTSD were retrieved. They experienced traumatic events such as fighting in a war zone, being assaulted with a weapon, being severely injured, being exposed to a toxic substance, experiencing transport accidents, and witnessing comrades' injuries or deaths. Across all of the studies, several QoL domains were greatly affected by the presence of PTSD, such as relationships, family roles, leisure, activities of daily living, work, school, finances, and physical and mental health (Barrett et al., 2002; Bleich & Solomon, 2004; Dekel et al., 2004; Jakle, 2009; Kehle et al., 2011; Mancino et al., 2006; Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick, 2009; Richardson, Long, Pedlar, & Elhai, 2008; Schnurr et al., 2003; Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006). One study showed that the occupational sphere was the most impaired, compared with social functioning and activities of daily living (e.g., hygiene, sleep, sex). The

occupational domain was also the strongest predictor of global disability (Bleich & Solomon, 2004).

More severe PTSD was associated with more diminished psychosocial QoL (Richardson et al., 2008; Schnurr et al., 2006), and more comorbid depressive symptoms were associated with poorer well-being and health-related QoL among PTSD workers (Jakle, 2009; Mancino et al., 2006; Richardson et al., 2008). However, Bleich and colleagues (2004) observed the same degree of global disability between PTSD-only veterans and those with comorbidities, such as depressive disorder, anxiety disorder or even schizophrenia. Among the protective factors associated with QoL, age (being older) and religious attendance were identified (Jakle, 2009). Zatzick et al. (1997; 1997) found no sex differences in the well-being of veterans suffering from PTSD.

Kashdan et al. (2007) demonstrated substantially lower emotional well-being (the frequency of positive affects relative to negative affects) and psychological well-being (the degree of satisfaction of basic relatedness, autonomy and competence needs) among veterans with PTSD than among a non-PTSD group. The authors described how PTSD may be related to negative QoL within a cognitive-behavioral model, explaining the conditioned association between the triggering of trauma-related stimuli and aversive bodily responses (e.g., intense anxiety). Such an individual becomes hypervigilant to these stimuli, and thus, minimal cognitive resources remain to process positive experiences. Additionally, avoidance behaviors diminish opportunities to participate in pleasant activities, suggesting a direct link with poor QoL (Kashdan et al., 2006). These explanations are consistent with another study that revealed a

significant association between QoL and DSM-IV PTSD symptoms of avoidance/numbing and arousal but not with the re-experiencing of symptoms (Mancino et al., 2006).

When comparing QoL between groups, researchers have observed that PTSD veterans show significantly poorer health-related QoL or functioning than their non-PTSD comrades (Barrett et al., 2002; Dobie et al., 2004; Koenen, Stellman, Sommer, & Stellman, 2008; Richardson et al., 2008). In fact, veterans with PTSD appeared to be two to nine times more likely to experience poor health-related QoL than their colleagues without PTSD (Dobie et al., 2004). Other studies have revealed intermediate functional difficulties and intermediate overall QoL among subclinical PTSD veterans relative to those with full PTSD and those without PTSD (Kehle et al., 2011; Pietrzak et al., 2009).

In examining the course of QoL over time, a 14-year follow-up study of veterans showed that persistent PTSD was associated with lower levels of family functioning, more smoking and drinking, and less life satisfaction and happiness (Koenen et al., 2008). However, the results appeared more encouraging when the victims were receiving psychotherapy for PTSD. Significant improvements in health-related QoL, overall life satisfaction and functioning were observed among PTSD patients following problem-solving treatment (Ahmadizadeh et al., 2010) and participation in an inpatient program (Johnson, Fontana, Lubin, Corn, & Rosenheck, 2004). Improvements remained significant up to 6 years after the treatment, but the authors noted that most veterans remained unemployed. Furthermore, Gelkopt et al. (2013) concluded that an activity-based intervention called nature adventure rehabilitation was effective in reducing PTSD symptoms and improving QoL (the fulfillment of basic emotional, social and physiological needs). Schnurr et al. (2003; 2006) found significant improvements in the health-related QoL of

participants following either trauma-focused or present-centered group therapy. The researchers analyzed changes in PTSD symptoms and health-related QoL throughout treatment and detected synchronous effects of change in both outcomes from baseline to the 12-month post-test. Thus, symptom improvement was associated with improvement in health-related QoL.

Discussion

Synthesis of results

To our knowledge, this work presents the first review of QoL among workers with work-related PTSD. Regarding our first objective, poor QoL appear to be reported in all of the reviewed studies and in several life spheres: occupational, social, familial, health, and daily activities. Moreover, the association between PTSD and QoL among workers appears to be well established. Individuals with partial PTSD demonstrated intermediate difficulties relative to workers with full PTSD and those without PTSD. These results are similar to those of studies on civilian victims of personal trauma (e.g., Breslau, Lucia, & Davis, 2004; Holowka & Marx, 2011). These conclusions, however, should be interpreted with caution due to the heterogeneity of the methods used to evaluate QoL and the low number of studies examined. Our review included studies that used a variety of terms to describe and evaluate QoL (e.g., functioning, well-being,), and these terms were not systematically and adequately defined by the authors.

One study found that the occupational was the most impaired domain among PTSD veterans, exceeding impairment to social functioning and everyday personal functioning (Bleich & Solomon, 2004). Because the trauma occurred in the workplace, individuals may experience more prominent PTSD symptoms while working and may avoid specific tasks or even the

workplace because of the potential triggering effects of trauma-related stimuli (Bolton et al., 2004). Because working occupies two-thirds of the time in our daily lives (Penk, Drebing, & Schutt, 2002), it is unsurprising that PTSD workers perceived the occupational domain as the most impaired. In contrast to the findings on veterans, Blake and colleagues (2014) found that a majority of primary industry workers were still employed despite the presence of PTSD, suggesting that the occupational domain was only slightly impaired among these workers. Thus, different work environments may affect work-related QoL in different ways. For example, the VA administration has its own employment regulations pertaining to combat-related traumas. Bleich et al. (2004) noted that their sample represented severely ill PTSD patients and advocated for the recognition of their disability. Indeed, the desire to seek compensation may influence responses to self-report questionnaires, particularly on items related to occupational functioning (Ray, 2014). Patients may therefore report higher severity of functional impairment, in order to be able to seek disability compensation.

Regarding our second objective, one longitudinal study revealed that QoL appeared to worsen over time among PTSD workers who received no specialized treatment. All of the studies evaluating PTSD patients following therapy observed significant improvements in QoL. However, most of these studies evaluated the military population; thus the generalizability of these results is limited. Various types of therapy were offered in the reviewed studies, indicating that different types of therapy for PTSD can improve QoL. Furthermore, Schnurr and colleagues (2006) demonstrated that changes in PTSD are synchronous to changes in QoL during psychotherapy. Regarding work-related QoL, mixed results have been observed among workers following PTSD treatment. Whereas most veterans remain unemployed immediately after PTSD

treatment, transportation employees show significant improvements in work capacity 35 months post-treatment. Thus, work capacity seems to increase only gradually. Work environments may also contribute to explaining these results; employment regulations can differ across work environments and may influence workers' perceptions of work capacity. For example, a worker who is allowed to modify some of his work tasks during psychotherapy treatment may have better perceptions of his work capacity than a worker who is not allowed to work until he can perform work tasks in full. Nevertheless, combat-related traumas have been shown to be associated with less treatment-related change than other types of trauma (Bradley, 2005).

Limitations and strenghts of the review

The present literature review assesses data across studies to estimate, more accurately than what can be done in a single study, the influence of the development of PTSD or PTSD treatment on QoL among workplace trauma victims. Thus, the main limitation of this review, as with any review, is that the outcome definitions and evaluations differ across studies. In addition, the literature search was limited to published articles retrieved from databases and did not include research reports or other unpublished manuscripts. We limited our selection to articles that examined QoL using a subjective and multidimensional approach, which may have limited the data collection. However, these inclusion criteria reduced the heterogeneity in the population under study and in the methods used to evaluate QoL. Despite the limitations that restrict the applicability of our results, several strategies were incorporated to increase the validity of the review: we identified selection criteria in advance of the review process, applied a rigorous

selection process, used a systematic review method (based on Cochrane's recommendations) that can be replicated in future updates, and reviewed each study to carefully interpret the results.

Recommendations for future studies

The following recommendations are based on the methodological flaws or lack of particular data observed in the reviewed studies. First, certain types of workers were underrepresented in this review (e.g., transportation services employees), and others were absent (e.g., management employees, health care workers). Therefore, studies of other types of workers are necessary to fully investigate the population exposed to a workplace trauma. It would also be interesting to include workers from different workplaces in a single study. Adequate comparison of PTSD and QoL outcomes among employees in diverse work environments could then be performed. Additionally, we strongly suggest that PTSD diagnosis be assessed using an interview format to reduce false positive or false negative diagnoses derived from self-report questionnaires.

Regarding QoL assessment, it is essential that authors clearly state how they conceptualize QoL, using either a personal definition or one from a known institution (e.g., WHO). The lack of definitions noted in this review is astonishing considering the current confusion in this research domain. Researchers should explain their reasons for choosing particular terms related to QoL (e.g., functioning, well-being) and the measures used. Moreover, we discourage researchers from employing the various terms related to QoL as synonyms. These suggestions will greatly assist readers in better understanding and interpreting QoL results (Angermeyer & Kilian, 2006). Moreover, QoL can be assessed using a multimethod approach by adding multiple and unstudied domains (e.g., religious attendance). In addition to subjective

evaluation, other types of assessment can be added (e.g., evaluations from family and friends or from professionals such as psychiatrists; supplementary objective measures of life situation). Interview-based measures are also recommended in QoL assessment to promote clinical judgment in investigating the qualitative details related to QoL and to identify when a participant over- or underreports symptoms for secondary gain purposes (particularly in the veteran population) or because of the presence of certain psychological states such as major depression (Holowka & Marx, 2011).

Furthermore, future research should assess the associations between sociodemographic data (e.g., sex) and QoL, the differential effects of diverse QoL domains on PTSD (to weigh their importance relative to one another), and the associations between QoL domains and PTSD symptom clusters. In addition, work-related QoL seems to be an important outcome for workplace trauma victims and future research could document job satisfaction, relationships with superiors and colleagues, number of days of sick leave/unemployment since the trauma, and modification of work tasks. Because the occupational domain was the most impaired domain, perceived work capacity and return to work may be relevant outcomes in treatment studies.

More research is needed to assess prospectively the change in QoL over time, with or without PTSD treatment. Comparing different types of treatment and their influence on QoL could be interesting. Researchers could also carefully examine the evolution of QoL throughout treatment strategies and in relation to the improvements of other outcomes (e.g., PTSD severity). These results may help clinicians improve treatment efficacy among this population.

References

- Ahmadizadeh, M. J., Ahmadi, K., Eskandari, H., Falsafinejad, M. R., Borjali, A., Anisi, J., & Teimoori, M. (2010). Improvement in quality of life after exposure therapy, problem solving and combined therapy in chronic war-related post traumatic stress disorder: exposure therapy, problem solving and combined therapy in war-related PTSD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 262-266. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.085
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Angermeyer, M. C., & Kilian, R. (2006). Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (2^o ed., pp. 21-31). New York, US: John Wiley.
- Barrett, D. H., Doebbeling, C. C., Schwartz, D. A., Voelker, M. D., Falter, K. H., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2002). Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. military personnel serving during the gulf war period: A population-based study. *Psychosomatics*, 43(3), 195-205. doi: 10.1176/appi.psy.43.3.195
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Berger, W., Figueira, I., Maurat, A. M., Bucassio, E. P., Vieira, I., Jardim, S. R., . . . Mendlowicz, M. V. (2007). Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 637-642. doi: 10.1002/jts.20242

- Blake, R. A., Lating, J. M., Sherman, M. F., & Kirkhart, M. W. (2014). Probable PTSD and impairment in witnesses of work-related fatalities. *Journal of Loss and Trauma, 19*(2), 189-195. doi: 10.1080/15325024.2013.775889
- Bleich, A., & Solomon, Z. (2004). Evaluation of psychiatric disability in PTSD of military origin. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 41*(4), 268-276.
- Bolton, E., Holohan, D. R., King, L. A., & Wing, D. W. (2004). Acute and post-traumatic stress disorder. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Psychopathology in the workplace: Recognition and adaptation*. New York: Brunner-Routledge.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., David, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Davis, G. C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine, 34*(7), 1205-1214. doi: 10.1017/S0033291704002594
- Brillon, P. (2010). *How to help individuals suffering from PTSD : Therapist guide [Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes]*. Quebec, Canada: Éditions Québecor.
- Chen, Y. S., Chen, M. C., Chou, F. H., Sun, F. C., Chen, P. C., Tsai, K. Y., & Chao, S. S. (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research, 16*(8), 1289-1297. doi: 10.1007/s11136-007-9248-7

- Dekel, R., Solomon, Z., & Bleich, A. (2004). The contribution of social disability to the evaluation of mental disability among PTSD veterans. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(4), 237-247.
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M., & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: Association With self-reported health problems and functional impairment. *Archives of Internal Medicine*, 164, 394-400. doi: 10.1001/archinte.164.4.394.
- Dupuis, G., Taillefer, M.-C., Etienne, A.-M., Fontaine, O., Boivin, S., & Von Turk, A. (2000). Measurement of quality of life in cardiac rehabilitation. In F. M. J. Jobin, P. LeBlanc & C. Simart (Ed.), *Advances in Cardiopulmonary rehabilitation* (pp. 247-273). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Eckermann, L. (2000). Gendering Indicators of Health and Well-being: Is Quality of Life Gender Neutral? *Social Indicators Research*, 52(1), 29-54. doi: 10.1023/A:1007075705683
- Evans, S., Giosan, C., Patt, I., Spielman, L., & Difede, J. (2006). Anger and Its Association to Distress and Social/Occupational Functioning in Symptomatic Disaster Relief Workers Responding to the September 11, 2001, World Trade Center Disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 147-152. doi: 10.1002/jts.20107
- Evans, S., Patt, I., Giosan, C., Spielman, L., & Difede, J. (2009). Disability and posttraumatic stress disorder in disaster relief workers: Responding to September 11, 2001 World Trade Center disaster. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 684-694. doi: 10.1002/jclp.20575
- Gelkopf, M., Hasson-Ohayon, I., Bikman, M., & Kravetz, S. (2013). Nature adventure rehabilitation for combat-related posttraumatic chronic stress disorder: a randomized control trial. *Psychiatry Research*, 209(3), 485-493. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.026

- Harrell, E. (2011). *Workplace violence, 1993-2009*. Bureau of Justice Statistics: US Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Hensel, J., Bender, A., Bacchiochi, J., Pelletier, M. et Dewa, C.S. (2010). A Descriptive Study of a Specialized Worker's Psychological Trauma Program. *Occupational Medicine*, 60, 654-657. doi: 10.1093/occmed/kqq118
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. England: Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., & Hällström, T. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Research*, 159(1-2), 101-108. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.019
- Holowka, D. W., & Marx, B. P. (2011). Assessing PTSD-related functional impairment and quality of life. In J.G. Beck & D. M. Sloan (Eds.), *Oxford handbook of traumatic stress disorders*. New York: Oxford University Press.
- Jakle, K. R. (2009). *Health behaviors and quality of life outcomes in veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder (Doctoral dissertation, Pepperdine University)*. Retrieved from *ProQuest and Dissertations Theses*.
- Johnson, D. R., Fontana, A., Lubin, H., Corn, B., & Rosenheck, R. (2004). Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: Mortality, clinical condition, and life satisfaction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 35-41. doi: 10.1097/01.nmd.0000105998.90425.6a

- Kashdan, T. B., Julian, T. F., Merritt, K., & Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: relations to well-being and character strengths. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 561-583. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.010
- Katschnig, H. (2006). How useful is the concept of Quality of Life in Psychiatry? In H. F. H. Katschnig, & N. Sartorius (Ed.), *Quality of Life in mental Disorders* (pp. 3-17). England: John Wiley.
- Kehle, S. M., Reddy, M. K., Ferrier-Auerbach, A. G., Erbes, C. R., Arbisi, P. A., & Polusny, M. A. (2011). Psychiatric diagnoses, comorbidity, and functioning in national guard troops deployed to Iraq. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 126-132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.05.013
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F. J., & Stellman, J. M. (2008). Persisting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and their relationship to Functioning in Vietnam Veterans: A 14-Year Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 49-57. doi: 10.1002/jts.20304
- MacDonald, H.A., Cololta, V., Flamer, S. et Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Workplace: A Descriptive Study of Workers Experiencing PTSD Resulting From Work Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(2), 63-77. doi: 10.1023/A:1022563930482

- Madden, R., Sykes, C., & Ustun, T. B. (2007). *World Health Organization Family of International Classifications: Definition, scope and purpose*. Geneva: WHO.
- Mancino, M. J., Pyne, J. M., Tripathi, S., Constans, J., Roca, V., & Freeman, T. (2006). Quality-adjusted health status in veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11), 877–879. doi: 10.1097/01.nmd.0000244686.79689.21
- Mason, S., Wardrope, J., Turpin, G. et Rowlands, A. (2002). Outcomes After Injury: A Comparison of Workplace and Nonworkplace Injury. *The Journal of Trauma*, 53(1), 98–103. doi: 10.1097/00005373-200207000-00019
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669–682. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Mogotsi, M., Kaminer, D., & Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 273–282. doi: 10.1093/hrp/8.6.273
- Nardo, D., Högberg, G., Flumeri, F., Jacobsson, H., Larsson, S. A., Hällström, T., & Pagani, M. (2011). Self-rating scales assessing subjective well-being and distress correlate with rCBF in PTSD-sensitive regions. *Psychological Medicine*, 41(12), 2549–2561. doi: 10.1017/S0033291711000912
- Norman, S. B., Stein, M. B., & Davidson, J. R. (2007). Profiling posttraumatic functional impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 48–53. doi: 10.1097/01.nmd.0000252135.25114.02
- Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The Epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In R. Kimberling, P. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3–42). New York: Guilford Press.

- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B. C., Cox, J., Spitznagel, E. L., . . . Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers After the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 171-175. doi: 10.1023/A:1015286909111
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*, 572 - 581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Ozen, S., & Sir, A. (2004). Frequency of PTSD in a group of search and rescue workers two months after 2003 Bingol (Turkey) earthquake. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(8), 573-575. doi: 10.1097/01.nmd.0000135573.47316.67
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The Physical Health Consequences of PTSD and PTSD Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(1), 33-46. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.08.004
- Penk, W., Drebing, C., & Schutt, R. (2002). PTSD in the workplace. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 215-247). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Johnson, D. C., & Southwick, S. M. (2009). Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety, 26*(8), 739-744. doi: 10.1002/da.20574
- Ray, C. L. (2014). Feigning Screeners in VA PTSD Compensation and Pension Examinations. *Psychological Injury and Law, 7*(4), 370-387. doi: 10.1007/s12207-014-9210-2

- Richardson, J. D., Long, M. E., Pedlar, D., & Elhai, J. D. (2008). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment- and pension-seeking deployed Canadian Forces peacekeeping veterans. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(9), 594-600.
- Rodriguez, P., Holowka, D. W., & Marx, B. P. (2012). Assessment of posttraumatic stress disorder-related functional impairment: A review. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49(5), 649-666. doi: 10.1682/JRRD.2011.09.0162
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., . . . Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 481-489. doi: 10.1001/archpsyc.60.5.481
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 707-713. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.707
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Bovin, M. J., & Marx, B. P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 727-735. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.006
- Senneseth, M., Alsaker, K., & Natvig, G. K. (2012). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 402-413. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05752.x

Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., . . .

Southwick, S. M. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives, 116*(9), 1248-1253. doi: 10.1289/ehp.111164

Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G. J. G. (2006). Factors associated with occupational impairment in people seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*, 28--01. doi: 10.7870/cjcmh-2006-0026

Wald, J., & Taylor, S. (2009). Work Impairment and Disability in Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Recommendations for Psychological Injury Research and Practice. *Psychological Injury and Law, 2*, 254-262. doi: 10.1007/s12207-009-9059-y

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., . . .

Wells, K. B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry, 154*(12), 1690-1695. doi: 10.1176/ajp.154.12.1690

Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K. B., Golding, J. M., . . .

Browner, W. S. (1997). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine, 162*(10), 661-665.

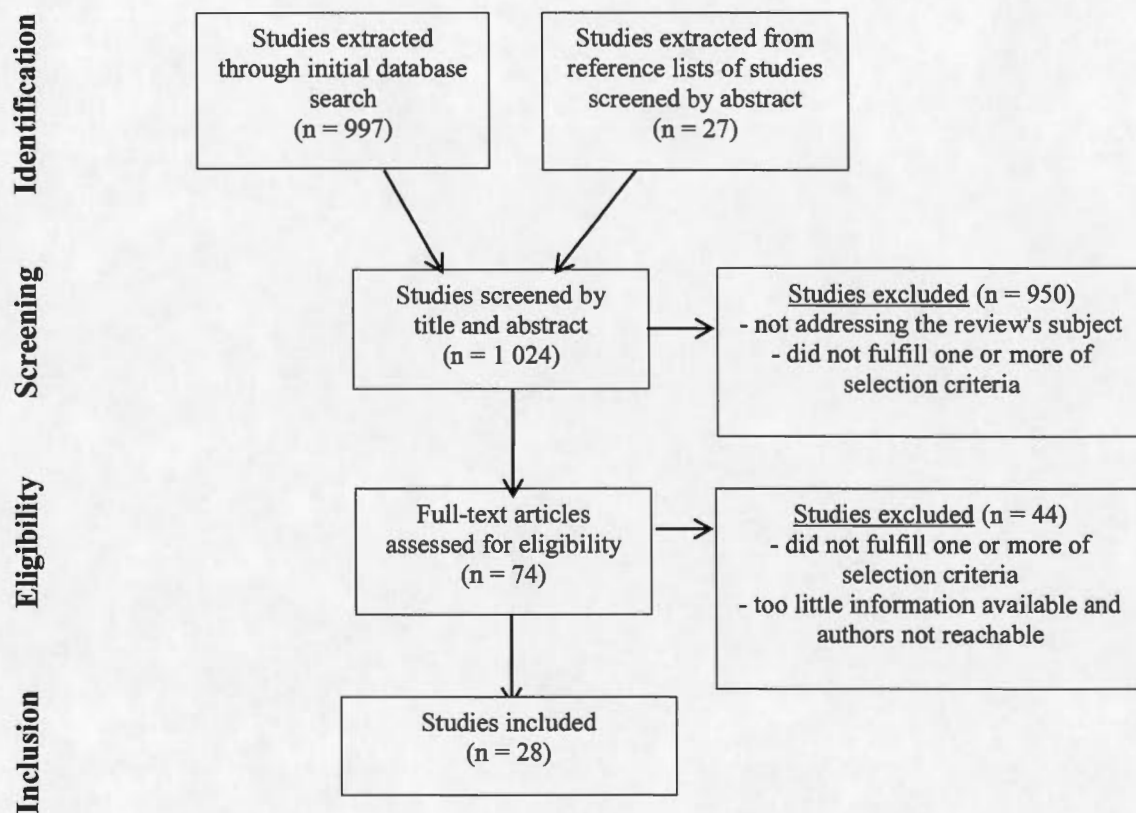
Figure 1. *Flow chart*

Table 1

Characteristics of reviewed studies

Authors	Design; Country	Total <i>n</i> (% of female)	Mean age (SD)	Comparison group(s)	Type of event	Assessment of PTSD	QoL concepts	QoL assessment	Treatment
Transportation services employees									
Högberg, et al. (2008)	P, Tx; Sweden	51 (30.0%)	43.0 (9.0)	-	Physical assault; Person- under-train accident	SCID-I; DSM-IV	WB; Disability	WHO-10; SDI	EMDR, 8 weeks, 5 sessions
Nardo, et al. (2011)	P, CS; Sweden	33 (20.0%)	42.3 (8.82)	No-PTSD	Physical assault; Person- under-train accident	SCID-I; DSM-IV	WB; Disability	WHO-10; SDI	n/a
Primary industries workers and utility workers									
Blake, et al. (2014)	P, CS; USA	89 (12.4%)	55.6 (8.4)	No-PTSD, partial PTSD	Witnessing coworkers' death	PCL-C; DSM-IV	WB; functioning	POAMS	n/a
Evans, et al. (2006)	P, CS; USA	626 (4.0%)	44.7 (9.4)	No-PTSD, partial PTSD	Terrorism aftermath	CAPS; DSM-IV	Disability	SDS	n/a
Evans, et al. (2009)	P, CS; USA	842 (4.4%)	45.4 (9.8)	No-PTSD, partial PTSD	Terrorism aftermath	CAPS; DSM-IV	Disability	SDS	n/a
Stellman, et al. (2008)	P, CS; USA	10,132 (12.7%)	42.1 (9.1)	No-PTSD	Terrorism aftermath	PCL; DSM-IV	Disability	SDS	n/a
Emergency and protective services workers									
Berger, et al. (2007)	P, CS; Brazil	180 (0%)	32.4 (n/a)	No-PTSD, partial PTSD	n/a	PCL-C; DSM-IV	HRQOL	SF-36	n/a
Chen, et al. (2007)	P, CS; Taiwan	432 (0%)	36.4 (7.1)	No-PTSD, partial PTSD	n/a	DRPST; DSM-IV	HRQOL	SF-36	n/a
North, et al. (2002)	P, CS; USA	181 (2.8%)	38.5 (7.9)	No-PTSD	Terrorism aftermath	DIS; DSM-III-R	Functioning	DIS-Disaster Supplement	n/a
Ozen & Sir (2004)	P, CS; Turkey	44 (0%)	29.7 (1.9)	No-PTSD	Natural disaster	CAPS; DSM-III-R	Life Satisfaction	Q-LES-Q	n/a

Authors	Design; Country	Total <i>n</i> (% of female)	Mean age (SD)	Comparison group(s)	Type of event	Assessment of PTSD	QoL concepts	QoL assessment	Treatment
Veterans and active soldiers									
Ahmadi-zadeh, et al. (2010)	P, Tx; Iran	60 (n/a)	42.4 (4.6)	Wait list	War	Clinical interview; DSM-IV-TR	HRQOL	SF-36	Problem solving, 15 bi-weekly sessions
Barrett, et al. (2002)	P, CS; USA	3,695 (n/a)	n/a	No-PTSD	War	PCL-M; DSM-III-R	HRQOL	SF-36	n/a
Bleich, et al. (2004)	P, CS; Israel	294 (2.5%)	40.9 (10.3)	-	War	PTSD Inventory; DSM-IV	Disability	Homemade questionnaire	n/a
Dekel, et al. (2004)	P, CS; Israel	120 (0%)	n/a	-	War	Clinical Interview; DSM-IV	Disability	Homemade semi-structured interview	n/a
Dobie, et al. (2004)	P, CS; USA	1,259 (100%)	45.9 (15.9)	No-PTSD	War	PCL-C; DSM-IV	HRQOL	SF-36	n/a
Gelkopf, et al. (2013)	P, Tx; Israel	68 (0%)	37.1 (n/a)	Wait list	War; Severe injury; witnessing comrades' injury or death	Clinical interview; n/a	Overall QoL; functioning	Human Services Scale; Homemade quest.	Nature Adventure Rehabilitation, one year, weekly
Jakle (2009)	R, CS; USA	472 (0%)	51.0 (10.3)	-	War	CAPS; DSM-IV	Overall QoL	WHOQOL- BREF	n/a
Johnson, et al. (2004)	R, Tx; USA	51 (0%)	42.7 (2.3)	-	War	CAPS; DSM-III	Functioning	Homemade questionnaire	Inpatient therapy, 32 hr/week, 4 months
Kashdan, et al. (2006)	P, CS; USA	74 (0%)	54.87 (n/a)	No-PTSD	War	MS-CR, Clinical interview; DSM-III	WB	WBS; PANAS; BPNS	n/a
Kehle et al. (2011)	P, CS; USA	348 (13.0%)	31.3 (9.5)	No-PTSD, Partial PTSD	War	CAPS; DSM-IV-TR	Functioning; Overall QoL	SAS-SR; NQOLS	n/a
Koenen, et al. (2008)	P, Long; USA	1,377 (0%)	n/a	No-PTSD	War	PTSD Symptom Frequency Scale; DSM-III-TR	Functioning	Psychiatric Epidemiology Research Instrument	n/a

Authors	Design; Country	Total <i>n</i> (% of female)	Mean age (SD)	Comparison group(s)	Type of event	Assessment of PTSD	QoL concepts	QoL assessment	Treatment
Mancino, et al. (2006)	P, CS; USA	95 (5.3%)	52.2 (4.9)	-	War	CAPS; DSM-IV	WB	QWB-SA	n/a
Pietrzak, et al. (2009)	P, CS; USA	557 (10.8%)	33.8 (n/a)	No-PTSD, partial PTSD	War	PCL-M; DSM-IV	Functioning	PDS	n/a
Richardson, et al. (2008)	R, CS; Canada	125 (0%)	41.5 (8.1)	No-PTSD	War; physical assault; transport accident; toxic substance exposure	CAPS; DSM-IV	HRQOL	SF-36	n/a
Schnurr, et al. (2003; 2006)	P, Tx; USA	360 (0%)	50.7 (3.7)	-	War	CAPS; DSM-IV	HRQOL; Life Satisfaction	SF-36; QOLI	trauma-focused or present-centered group therapy, 12 months
Zatzick, et al. (1997a)	R, CS; USA	1,200 (0%)	n/a	No-PTSD	War	MS-CR; DSM-III	WB; functioning	Homemade	n/a
Zatzick, et al. (1997b)	R, CS; USA	432 (100%)	n/a	No-PTSD	War	MS-CR; DSM-III	WB; functioning	Homemade	n/a

Notes. R = Retrospective. P = Prospective. CS = Cross-Sectional. Tx = Treatment. Long = Longitudinal. n/a = Not available. SD = Standard deviation. SCID-I = Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. PCL-C = PTSD checklist civilian version. PCL-M = PTSD checklist military version. CAPS = Clinician-administered PTSD scale. DRPST = Disaster-related psychological screening test. DIS = Diagnostic Interview Schedule. MS-CR = Mississippi scale for combat-related PTSD. WB = Well-being. HRQOL = Health-related quality of life. WHO-10 = World health organization ten well-being index. SDI = Social disability index. POAMS = Psychotherapy Outcome Assessment and Monitoring System. SDS = Sheehan disability scale. SF-36 = Medical outcomes study short form - 36 items. Q-LES-Q = Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire. WHOQOL-Bref = World health organization quality of life assessment - BREF. WBS = Well-Being Scale. PANAS = Positive and Negative Affect Schedule. BPNS = Basic Psychological Needs Scale. SAS-SR = Social adjustment scale-self-reported. NQOLS = Navy quality of life survey. QWB-SA = Self-administered quality of well-being scale. PDS = Psychosocial difficulties scale. QOLI = Quality of life inventory.

CHAPITRE III

QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS SEEKING TREATMENT FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

ARTICLE SOUMIS LE 5 SEPTEMBRE 2015 POUR PUBLICATION AU JOURNAL
SCIENTIFIQUE *TRAUMATOLOGY*

Préambule

Le chapitre II a permis de relever les conclusions des écrits scientifiques évaluant la QV chez les individus souffrant d'ESPT en raison d'une exposition à un événement traumatique en milieu de travail. De plus, des lacunes conceptuelles et méthodologiques ont été relevées parmi les études recensées. Le programme de recherche doctoral exposé dans les deux prochains chapitres a été développé en se basant sur les constats observés dans la recension systématique des écrits. Il présente la volonté de remédier à certaines lacunes identifiées, en plus d'inclure une plus grande diversité d'événements traumatiques survenant dans divers milieux de travail afin d'obtenir une meilleure représentativité de la population à l'étude. De plus, nous avons tenté d'inclure une mesure de la QV complète et appropriée pour les travailleurs souffrant d'un ESPT en fonction des recommandations suggérées par des experts du domaine. En effet, il est fortement suggéré d'évaluer la QV liée à la santé selon trois facettes distinctes : (1) le niveau de satisfaction générale, (2) le niveau de fonctionnement dans divers rôles sociaux, et (3) les conditions de vie objectives (Gladis *et al.*, 1999; Katschnig, 2006). Puisque le questionnaire élaboré par l'OMS (WHOQOL) répond principalement au premier critère, une mesure additionnelle portant sur le niveau de fonctionnement dans plusieurs sphères de vie (Échelle de fonctionnement actuel) sera utilisée afin de répondre au deuxième critère. Les conditions de vie objectives seront principalement considérées en lien avec la présence de troubles mentaux présentés par la population étudiée. De plus, une mesure sur la QV spécifique au travail est ajoutée au projet de recherche, étant donné sa pertinence auprès d'une population de travailleurs. Ainsi, dans notre étude empirique, l'évaluation de la QV a inclus trois mesures (QV générale, niveau de fonctionnement et QV au travail), ce qui rend la présente thèse unique, pertinente et originale. Les documents à propos de l'élaboration et du déroulement du programme de recherche, ainsi que les instruments de mesure utilisés, sont exposés dans les appendices C à F.

QUALITY OF LIFE IN WORKPLACE TRAUMA VICTIMS SEEKING TREATMENT FOR
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Lacerte, Sophie, B. Sc.^{1,2},

Guay, Stéphane, Ph. D.^{2,3},

Beaulieu-Prévost, Dominic, Ph. D.^{2,4},

Belleville, Geneviève, Ph. D.^{2,5},

et Marchand, André, Ph. D.^{1,2}

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Canada

² Centre d'étude sur la trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal,
Canada

³ École de criminologie, Université de Montréal, Canada

⁴ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada

⁵ École de psychologie, Université Laval, Canada

Résumé

L'exposition à un événement traumatique au travail peut avoir d'importantes conséquences sur les employés. L'objectif de cette étude est de décrire le portrait des employés qui sont exposés à un événement traumatique au travail et qui développent un ESPT, en termes du type d'événement, du niveau de fonctionnement actuel, celui de leur qualité de vie (QV) générale et de leur QV liée au travail spécifiquement. Quarante-quatre participants souffrant d'ESPT ont été recrutés et évalués à l'aide d'entrevues semi-structurées (CAPS, SCID-I) et de questionnaires auto-administrés (WHOQOL-Bref et l'Échelle de fonctionnement actuel). Les différences (ou similarités) entre les employés de diverses professions quant aux mesures d'impact ont été examinées au moyen d'analyses de variance. Les résultats montrent que les participants présentent un ESPT d'intensité élevée, de faibles niveaux de fonctionnement actuel, de QV générale et de QV au travail. En général, les employés de divers métiers ne diffèrent pas quant à la sévérité des conséquences vécues. Les participants qui ne travaillent pas au moment de l'évaluation montrent de plus piètres résultats aux mesures d'impact (ESPT et QV) que ceux qui ont continué de travailler malgré la présence de l'ESPT. De plus, l'intensité de l'ESPT et la présence d'un trouble dépressif concomitant constituent des facteurs prédictifs du niveau de QV générale et de fonctionnement actuel. En somme, la présente étude soutient l'importance de tenir compte de la QV, et des aspects fonctionnels et occupationnels dans l'évaluation clinique d'un employé ayant été victime d'un événement traumatique en milieu de travail. Les recherches futures devraient évaluer l'efficacité d'interventions auprès de cette population afin de leur venir en aide.

Abstract

Experiencing traumatic events at work can have debilitating effects on employees. This study aims to describe the trauma exposure, posttraumatic stress disorder (PTSD) severity, functioning level, general and work-related quality of life (QoL) of employees who experienced a traumatic event in their workplace and consequently developed PTSD. Forty-four participants with current PTSD were recruited and assessed using semi-structured interviews (CAPS and SCID-I) and questionnaires (WHOQOL-Bref and the Assessment of Current Functioning). Analyses of variance were performed to assess differences in outcomes between employees from different work settings. Specific types of traumatic events appear to occur in particular types of occupations. Participants manifested severe PTSD, low levels of current functioning, and poor general and work-related QoL. Overall, these results did not differ significantly among employees from different occupations. Unemployed participants showed poorer outcomes than those who were still working despite their current difficulties. Moreover, PTSD severity and the presence of comorbid major depression significantly predicted several QoL outcomes. In conclusion, the experience of PTSD stemming from workplace trauma appear to have major consequences for employees. This study emphasizes the importance of considering QoL outcomes, including general QoL, functional and occupational variables, when assessing traumatized employees. Future research should aim to evaluate the efficacy of interventions to help employees exposed to traumatic incidents at work.

Keywords: employees; workplace trauma; posttraumatic stress disorder; quality of life; functioning

Introduction

Working is good for individual health and well-being in industrialized societies where working is the standard. In fact, the work setting is often perceived as a major source of positive self-satisfaction and social interaction. However, when adverse situations occur at work, this source of self-esteem is lost, and negative consequences accumulate (Bolton, Holohan, King, & Wing, 2004; Morin, 2008; Waddell & Burton, 2006).

One major type of work stress is workplace trauma, which refers to events involving exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence (American Psychiatric Association [APA], 2013) occurring in the work setting or during off-site work (Bolton et al., 2004; Penk, Drebing, & Schutt, 2002). Examples include physical and verbal assault, hold-up, sexual harassment, natural disaster, rescuing in dangerous conditions, work-related injuries, road accidents, and the witnessing of mutilated bodies or of a colleague's death. Workplace trauma occurs frequently; for example, in Canada, 17% of all reported incidents of violent victimization occurred at work, amounting to 356,000 acts per year (Perreault & Brennan, 2009). Victims can experience many consequences of such trauma, including physical, psychological, social, financial and occupational consequences (APA, 2013; Lanctôt & Guay, 2014).

A common psychological reaction is the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). This mental health disorder includes intrusive symptoms associated with a traumatic event, the avoidance of trauma-related stimuli, persistent negative cognitions and emotions, marked alterations in arousal, and significant impairment in global functioning (APA, 2003; 2013). The lifetime prevalence of PTSD among victims of a workplace trauma is currently unknown, but prospective studies on the prevalence of anxiety disorder in the workplace have

reported that an average of 1.6% of workers suffer from PTSD (Linden & Muschalla, 2007; Muschalla & Linden, 2013).

Researchers are increasingly considering the assessment of quality of life (QoL) as a way to measure the magnitude of a physical or mental condition in one's life. Thus, numerous researchers in the PTSD field have expressed the need to consider an individual's perception of QoL as an additional factor relevant to the complete assessment of traumatic sequelae (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005). However, the absence of a universally recognized definition of this concept has led to a confusing array of conceptualizations and measurements. The present study defines QoL as "individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHOQOL Group, 1995). Thus, QoL is perceived as an individual's level of satisfaction with several domains of life in relation to cultural standards and personal values and preferences. We also consider that QoL is influenced by the subjective perception of one's level of achieved activity (i.e., functioning) in a specific domain of life (Bigelow, Brodsky, Stewart, & Olson, 1982).

Moreover, evaluating occupational variables is particularly critical when studying PTSD in a population of workers (Lacerte, Bruyninx, Bourdon, & Marchand, 2015). For instance, employment status is suggested as a way to evaluate the burden of a disability shouldered by an employee (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, & Sinclair, 2001). A national survey reported that work impairment is also an adverse consequence of psychiatric disorders (Wald & Taylor, 2009) and should thus be included in future studies. Some researchers have recommended measuring work-related satisfaction to fully capture the relationship between PTSD and occupational

consequences (Schnurr & Lunney, 2011). All three occupational variables can be conceptualized as work-related QoL, based on the recommendations by Gladis et al. (1999) regarding the inclusion of socio-material conditions, role performance and satisfaction in any QoL assessment. Although studying QoL at work could help improve knowledge about workers' experiences, only a few studies have examined this outcome. Our study will add to the growing body of research on QoL by including measures of general QoL, current functioning level, and QoL at work.

Despite the increased research interest in work-related PTSD and QoL, most studies appear to have focused on specific occupational groups (e.g., military personnel) (Lacerte, Bruyninx, Bourdon, & Marchand, 2015). As such, less information is available on the psychological needs of other occupational groups who can experience other types of workplace trauma. Thus, this study aimed to extend the existing literature by including a variety of workers from different settings and types of workplace trauma to facilitate comparison of the outcomes. To the best of our knowledge, no study has assessed the similarities and differences in the experiences of workers from various occupations. Moreover, the influence of work-related PTSD on QoL has largely been demonstrated by descriptive data on QoL in PTSD sufferers. Little research has explored the predictive effect of the severity of posttraumatic symptoms on the QoL experienced by workplace trauma victims.

Therefore, the objectives of our study are as follows: 1) to describe the traumatic exposure, PTSD severity, current functioning, and general and work-related QoL of employees with work-related PTSD; 2) to explore the similarities and differences in QoL outcomes between workers in different workplace settings; and 3) to explore the predictive influence of PTSD

severity on the level of QoL experienced by the participants. This information will help to capture the nature of the outcomes associated with PTSD stemming from a workplace trauma.

Method

Participants and procedure

The participants were recruited between 2009 and 2013 at the Trauma Studies Centre of the *Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal* (Quebec, Canada) as part of a larger clinical study investigating the predictors and mediators of the effectiveness of cognitive-behavior therapy for PTSD. The ethics committee of the institute approved the research project. We recruited potential participants via advertisements in journals, flyers distributed at local community and health service centers, third-party payers, general practitioners, and among other sources.

The inclusion criteria were as follows: (a) age between 18 and 65 years, (b) exposure to at least one traumatic event at work, and (c) a primary diagnosis of PTSD based on SCID assessment. Individuals were excluded from participation if they presented with (a) repeated war-related traumas, (b) alcohol or substance abuse/dependence, (c) active suicidal ideation, (d) past or present psychotic episode, (e) bipolar disorder, (f) mental retardation; (g) ongoing threat (e.g., continued harassment) and (h) overwhelming personal problems (e.g., attending a trial).

After signing the informed consent form, the participants were evaluated by independent graduate students who were trained and supervised by two psychologists who are also authors (S.G. and A.M.). The evaluators used semi-structured clinical interviews to assess the baseline

diagnosis and other eligibility criteria. The selected participants were then instructed to complete the baseline questionnaires before the treatment commenced. No financial compensation was offered for participation in the study.

Measures

The demographic data included age, gender, education, marital status, and type of work. Additionally, we collected information pertaining to the workplace trauma, employment status, medical leave and disability benefits. The French version of all of the above measures was used.

PTSD and comorbid disorders. The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Disorders (SCID-I) was administered to assess the PTSD diagnosis and other Axis I diagnoses (e.g., major depressive disorder) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). The SCID-I, which is considered the gold standard for assessing clinical disorders, consists of structured questions that the interviewer uses to determine whether the diagnostic criteria have been met. The SCID-I shows moderate to excellent inter-rater agreement, with kappa values ranging from .61 to .83 (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011). The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake, Weathers, Nagy, & Kaloupek, 1995) was used to evaluate the severity of PTSD symptoms. In this scale, the frequency and intensity of each symptom are examined using a five-point Likert scale. Higher scores indicate greater PTSD severity. The original version has excellent psychometric properties (Weathers, Keane, & Davidson, 2001), with a test-retest reliability score of .90 to .98, an internal consistency of .94 and a convergent validity score of .91.

General QoL. General QoL was evaluated using the World Health Organization Quality of Life – Bref version (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998). This questionnaire has been

shown to be adequate in assessing patients with mental health problems (Guay, Fortin, Fikretoglu, Poundja, & Brunet, 2015). Twenty-four items are scored using a five-point Likert scale and are summed to the following four domains: physical health, psychological health, social relationships and the environment. For the purposes of the present study, a total score of the WHOQOL was calculated by computing the mean of all domain scores. Moderate to large Pearson's correlations between each WHOQOL subscale were observed ($r = .40$ to $r = .66$, $p < .01$). Cronbach's alpha was .82, which indicates good internal reliability (Cronbach, 1951). Lower scores indicate poor QoL. The French version of the WHOQOL-BREF has demonstrated good psychometric properties, with internal consistency ranging from .59 to .74 for all domains (Baumann, Erpelding, Régat, Collin, & Briançon, 2010).

Current functioning. The Assessment of Current Functioning (ACF) is a questionnaire for assessing the functioning difficulties of people with anxiety disorders (Freeston et al., 1997). The original questionnaire was adapted for our PTSD study by two authors (A.M. and D.B.P.). The ACF assesses current functioning in seven spheres of life: work, studies, marital relations, family life, social life, leisure/holidays, and daily activities. According to the participants' answers in a clinical interview, evaluators rated the extent to which the presence of PTSD symptoms appear to influence their functioning in each sphere of life using a Likert scale from 1 (no difficulties) to 9 (severe difficulties). A total score is calculated as the mean score of all applicable spheres. The category "functioning at school" was not considered in the total ACF score because of the excessively low number of participants attending school part time ($n = 3$). Good internal consistency was confirmed for this study ($\alpha = .86$) (Cronbach, 1951).

Work-related QoL. Based on recommendations for QoL assessment by Gladis et al. (1999), work-related QoL included one item on work satisfaction, one item on work functioning, and one item on employment status. Because the study was not initially designed to assess work-related QoL, we decided to separately analyze one item from the WHOQOL-BREF on work satisfaction (“How are you satisfied with your capacities for work?”) and one item from the ACF on functioning at work (“To what extent does the presence of PTSD influence your capacity to function at work?”). Those items were not considered in the total score of the corresponding questionnaire. Employment status was identified based on whether the participants mentioned working (part time or full time) or not working at the time of the assessment.

Data analyses

Only the pretreatment data were analyzed for the purpose of the present paper. All analyses were performed using the SPSS (19th edition) statistics software. The normality of all variables was verified before the analyses were performed. Considering a possible ceiling effect that could bias the statistical analyses, we chose to dichotomize the work functioning variable (0 = moderate to high level of functioning; 1 = low level of functioning).

The workers were divided into five work groups based on categories developed by Statistics Canada, the Canadian national statistics agency: administration and management; sales and service; health and social work; emergency and protective services; and trades, transport and manufacturing. One-way ANOVAs were performed to assess differences in outcomes (PTSD severity, general QoL, work-related QoL, and current functioning) between the groups of workers. Because of the small sample size of each work group, comparative analyses could not

be applied to the categorical variables. Moreover, the group of administration and management workers was not considered in the comparative analyses because of the low number of participants relative to the sample size of the other groups. Tukey's HSD test was used for post hoc analyses.

Moreover, we used Pearson's correlations to examine the associations among the demographic data, PTSD and mental health comorbid disorders, general and work-related QoL, and current functioning. Bivariate outliers (for four participants with extreme bivariate scores of the CAPS total and a WHOQOL subscale) were deleted because of a biased influence in the analysis. The effect of PTSD severity on QoL outcomes was then assessed using linear and logistic regression analyses. All assumptions of conducting a regression were met. According to Tabachnick and Fidel (1989), our sample size is sufficient to conducting regression analysis considering the number of independent variables included. The significance was set at $p < .05$ for all analyses.

Results

A total of 46 participants were eligible to participate in the study. Two participants who did not complete the questionnaires were excluded from the analyses because of insufficient data. Thus, a total of 44 participants were considered.

Sample characteristics

The characteristics of the participants are presented in Table 1. The sample was composed of 57% women. The mean age was 40.86 years ($SD = 12.20$). Nearly half ($n = 20$) of

the participants were in a relationship (married or living in a common-law relationship). Two-thirds of the sample had a post-secondary education degree (i.e., college diploma, technical training, or university diploma). The mean CAPS score was 79.05 ($SD = 14.34$), which corresponds to severe PTSD symptoms (Weathers et al., 2001). In addition to severe PTSD, three-quarters ($n = 33$) of the sample was evaluated as having at least one comorbid mental health disorder, such as major depression or an anxiety disorder (e.g., panic disorder with/without agoraphobia, social anxiety disorder, specific phobia, obsessive-compulsive disorder, or generalized anxiety disorder). The results revealed no statistically significant differences between the workers in terms of PTSD severity, $p > .05$.

Insert Table 1

Workplace trauma exposure

The average time interval between the workplace trauma and the date of assessment was 13 months ($SD = 20.34$). Traumatized workers were more often victims of violence in the workplace (61%) than victims of an accident (e.g., road or work accident) or a natural disaster (21%) or witnesses to someone else's severe injury or death while working (18%) (see Table 1). Examples of workplace violence include physical or verbal aggression, a hold-up or other armed aggression, and sexual and psychological harassment. Women experienced workplace violence statistically more frequently than men did, $X^2(1) = 5.23, p = .02$. Clients/patients or outsiders

(i.e., individuals not in the workplace) are found to be the most frequent causative agents across all types of traumatic events, followed by victims' colleagues.

Employees from sales and service occupations (e.g., cashiers, sellers) were more often victims of robbery or verbal assault by dissatisfied clients. Health and social workers (e.g., nurses, orderlies, and social workers) were more likely to be physically or verbally assaulted by patients and were occasionally physically injured in such incidents. Moreover, health and social workers may have the disturbing experience of witnessing patients severely injuring themselves or committing suicide. Emergency and protective service employees (e.g., security officers, police officers, and ambulance workers) frequently witness severe injuries or deaths, such as an accidental death, a mutilated body, or the aftermath of a shooting. Some participants were involved in the pursuit of armed criminals, a situation that can also be potentially traumatic. Trades, transport and manufacturing employees are often victims (or witnesses of a colleague being a victim of) road accidents and work accidents (e.g., a body part slipping accidentally into a machine in use), and such accidents can lead to serious injuries or even death. Employees from administration and management departments may be victims of harassment, armed assaults and physical aggression. Sexual or psychological harassment can occur in any of the five types of occupations.

General QoL, current functioning and work-related QoL

On average, the workers showed poor QoL across all domains and medium levels of impairment in current functioning across all spheres of life (see Table 2). Only one statistically significant group difference was found for QoL: compared with emergency and protective

service employees, trades, transport and manufacturing workers were less satisfied with their psychological health, $F(3, 32) = 3.19, p = .04$, and with their environment, $F(3, 31) = 3.69, p = .02$.

Approximately 90% ($n = 39$) of the sample was not working at the time of the assessment, including two participants who decided to quit their current job. Most of the participants on medical leave were receiving disability compensation ($n = 34$). On average, the workers were not working (i.e., had taken medical leave or quit their job) two months ($M = 2.20, SD = 5.24$) after experiencing the trauma at work. At the time of the assessment, the workers were not satisfied with their work capacity ($M = 1.82, SD = 1.05$) and their level of functioning at work ($M = 8.21, SD = 1.57$) (see Table 2). The results revealed no significant differences for any work-related outcomes among the employment categories, $p > .05$. Thus, developing PTSD after being exposed to a traumatic event at the workplace appears to greatly affect the life of workers from all domains, with a particular influence on their work life.

Additional analyses revealed that the workers who were not working had a higher degree of PTSD severity ($M = 80.67, SD = 14.23$) than did workers who were still working ($M = 66.40, SD = 7.77$) at the time of the assessment, $t(42) = 2.19, p = .04$. Moreover, the workers who were not working reported a lower level of current functioning ($M = 5.82, SD = 1.36$) than those who continued to work ($M = 4.35, SD = 1.10$), $t(41) = 2.30, p = .03$, including lower work functioning, $X^2(1) = 12.52, p < .001$. The workers who were not working also reported being less satisfied with work capacity ($M = 1.68, SD = 0.95$) compared with those who were still working ($M = 2.80, SD = 1.30$), $t(37) = -2.37, p = .02$.

Insert Table 2

Relations between PTSD and QoL

We evaluated the extent to which PTSD severity could predict the levels of general QoL, current functioning and work-related QoL. Linear regression analyses were used for the continuous outcomes and logistic regressions for the dichotomous variables. We explored *a priori* the need to adjust for potential confounding variables, such as demographics, trauma characteristics or the presence of a comorbid disorder. Age was associated with work satisfaction, and the presence of a comorbid depressive disorder was associated with general QoL. Thus, those variables were included in their corresponding regression analysis to control for their influence.

Multiple linear regression analyses (M1 to M3, see Table 3) revealed that PTSD severity is a statistically significant predictor of the level of current functioning, general QoL, and satisfaction at work. However, when the comorbid depression variable was entered subsequently, only the latter predicted statistically the level of general QoL. The logistic regressions (M4 to M5, see Table 3) showed that PTSD severity predicted employment status but was not statistically related to work functioning.

Insert Table 3

Discussion

This study provides an overview of the traumatic events that workers can experience in the workplace and the adverse effects of these events on employees who developed PTSD in terms of their general QoL, level of functioning and occupational outcomes. Our sample consisted primarily of employees working in service-sector jobs (sales, customer service, health and social care, and emergency and protective services). Because face-to-face contact with the public is common in these types of work, these employees are at greater risk for experiencing a traumatic event (Mayhew & Chappell, 2007). The majority of our participants were victims of violence at work (including physical and verbal aggression, armed robbery, and sexual and psychological harassment), and women appeared to be at greater risk of experiencing such an event, which is consistent with the findings in the literature (e.g., MacDonald, Cololita, Flamer, & Karlinsky, 2003; Mayhew & Chappell, 2007).

The results also demonstrate that workers with PTSD experience poor QoL and significant impairment in their current functioning in various life spheres. Their WHOQOL-Bref scores appeared to be lower than those for the general population (Hawthorne, Herrman, & Murphy, 2006), lower than the scores of a French-language population with a health-related chronic condition (Baumann et al., 2010), and similar to the scores obtained by veterans with PTSD (Guay et al., 2015). Schnurr and Lunney (2011) found moderate to severe work-related impairment and low work satisfaction among veterans who developed PTSD, and this finding is consistent with our results for occupational outcomes.

We were also interested in exploring the similarities and differences in PTSD severity, QoL, and functioning among employees from different work settings. Our study cannot draw

solid conclusions on this matter because of the small sample size in each work group, which could have reduced the statistical power and influence the obtained results. Nevertheless, the analysis showed that all outcomes were similar among the workers in our sample; the only difference was between emergency and protective service employees and employees from trades, transport and manufacturing areas, with the latter reporting lower satisfaction with psychological health and their environment.

Several hypotheses were formulated: emergency and protective workers may have a better socioeconomic status with higher mean incomes (Statistics Canada, n.d.), they may be more aware of mental health issues because of their work training, or they may develop a sense of utility and accomplishment by helping other people with their work tasks. All of these factors may help emergency and protective workers to better manage adverse life situations and thus alleviate the negative consequences of traumatic events.

Furthermore, one noticeable finding concerns the significant proportion (89%) of participants who were not working at the time of the assessment. Our recruitment procedures could have influenced those results, with a higher rate of participants referred from a compensation board ($n = 35$). The proportion of not working participants is similar to those obtained in a sample of workers claiming compensation (MacDonald et al., 2003). However, results from a study of industry workers who have witness a colleague's death revealed that the majority of the participants with PTSD continued to work (Blake, Lating, Sherman, & Kirkhart, 2014). Therefore, employment status following a workplace trauma may differ among work settings.

Additionally, unemployed workers appear to have poorer outcomes (PTSD severity, current functioning, and work-related QoL) than their colleagues who continue to work. Similar occupational results are reported in studies of veterans (Schnurr & Lunney, 2011; Smith, Schnurr, & Rosenheck, 2005) or others exposed to workplace trauma (Corrigan et al., 2009; Hull, Alexander, & Klein, 2002; Regehr, Goldberg, Glancy, & Knott, 2002). It is possible that avoiding involvement in any working activities may not be optimal for employees following exposure to workplace trauma, as work activities are a major source of positive self-satisfaction and social interactions, provide a regular routine with a defined purpose for the day, and fulfills individuals' desire for meaning in life (Bolton et al., 2004; Penk, Drebing, & Schutt, 2002).

Finally, the regression analyses showed mixed results across QoL outcomes. PTSD severity was shown to be a significant predictor of the level of current functioning but not of general QoL when comorbid depression was entered in the equation. Thus, the presence of comorbid major depression appears to greatly alter the perception of one's life situation. Similar results were observed in predicting the health-related QoL of Canadian veterans (Richardson, Long, Pedlar, & Elhai, 2008). In fact, several studies have supported the association between depression and poor QoL (Papakostas et al., 2004; Rapaport et al., 2005). This finding highlights the importance of detecting comorbid major depression in PTSD patients and including strategies to target depressive symptoms in PTSD treatment, if applicable, to promote optimal recovery in terms of symptomatology and QoL.

The regression analyses of the work-related QoL variables showed that satisfaction at work and employment status were statistically predicted by PTSD severity; however, work functioning was not predicted by PTSD severity. Our results are slightly different from those

obtained from Schnurr and Lunney's (2011) study of 253 soldiers; they found that PTSD severity was a significant predictor of occupational impairment, occupational satisfaction and employment status. These differences in results may be explained by the type of population under study; combat-related traumas can be different *per se* from other workplace traumas. Such traumas are known for their repeated and highly life-threatening and debilitating effects on soldiers, including severe PTSD and occupational impairment (Bleich, 2004). Further studies are warranted to assess work-related QoL and its relationship with PTSD.

Clinical implications

The present study offers a preliminary clinical portrait of employees who are victims of traumatic events at work. This information may assist clinicians and forensic practitioners in rendering expert opinions on PTSD diagnosis among workers and recommendations for recovery and treatment planning (Wald & Taylor, 2009). A clinical assessment of an employee who is exposed to a traumatic event at work should evaluate features of PTSD; major depression; and general, functional, and occupational QoL. Furthermore, following trauma, involvement in any working activities—from continuing employment in the same work setting to accepting temporary assignments and different work tasks or doing voluntary work—may be helpful in an employee's recovery. Sick leaves and resignation from work should not be the only options for employees with severe difficulties following trauma. Additional research is needed to support these suggestions.

Moreover, our results support the need for psychological intervention following exposure to a traumatic event at work. Workers who develop PTSD have very low levels of current

functioning and QoL and are likely to be unemployed. These workers may be referred to a specialist to improve their health in terms of posttraumatic symptoms, QoL and functioning. Additionally, clinicians must address the return to work of patients who are unemployed and consider work functioning and work satisfaction as clinical outcomes that might contribute to long-term re-employment. Given that perceived work support following severe work stress is associated with continued commitment to organizations (Noblet, Rodwell, & McWilliams, 2006), employers would benefit from focusing attention on injured workers and offering concrete support (e.g., discussions regarding what they experienced, possible reactions, and available treatment programs). Ensuring access to psychological treatment through employers or governmental programs would be highly beneficial for the recovery of these workers and even more so for their organization and for the overall economy in general.

Strengths and limitations

First, this study has several strengths. This study included a wide range of occupations and traumatic exposure types, which facilitated a global portrait of workplace trauma and its psychological sequelae. We also considered common mental health comorbidities associated with PTSD to ensure better representation of the clinical profile. The QoL-related measures included assessments of general QoL, current functioning and occupational measures (i.e., quality of work life), which are clearly relevant for a population of workers but remain understudied in the trauma literature. Our study used the WHOQOL-Bref, a generic QoL instrument that can assess not only disease-related symptoms and impairment (as in the majority

of QoL and PTSD studies) but also broad environmental factors related to psychopathology, such as social support and independence (Katschnig, 2006).

One limitation of our study includes the use of a cross-sectional design that does not allow definitive inferences about cause and effect. Longitudinal studies would be especially valuable to further understand the interactions between PTSD and QoL-related concepts. Our sample was small, and some work groups were underrepresented (e.g., administration and management occupations). Furthermore, the analyses may have lacked statistical power to detect significant results because of the small sample size. Studies with larger samples including more types of workers are thus needed to replicate our findings and enhance the generalizability of our results. Moreover, The French version of questionnaires and structured interviews were used; however, no study has been done yet to evaluate the validity in that language. Because the study was not originally designed to evaluate work-related QoL, we analyzed specific items derived from the questionnaires already being administered, which limits the validity and reliability of results obtained for work-related QoL. The use of measures such as the Work Limitations Questionnaire (Lerner et al., 2001) or the Quality of Working Life Systemic Inventory (Martel & Dupuis, 2006) would facilitate a more detailed and valid examination of how various domains of work-related QoL are affected in workplace trauma victims.

Conclusion

The study showed that PTSD stemming from workplace trauma can negatively affect employees' mental health, functioning, and general and work-related QoL. The negative outcomes of workplace trauma appear not only severe but also numerous. The results

emphasized both the potential debilitating effects of PTSD after experiencing a workplace trauma and the importance of reexamining current treatment programs. Future research should aim to evaluate the efficacy of interventions to help workplace trauma victims.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F., & Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF Questionnaire: French Adult Population Norms for the Physical Health, Psychological Health and Social Relationship Dimensions. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58, 33-39. doi: 10.1016/j.respe.2099.10.009
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). The Concept and Measurement of Quality of Life as a Dependent Variable in Evaluation of Mental Health Services. In G. J. Stahler & W. R. Tash (Eds.), *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation* (pp. 345-366). New York: Academic Press.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., & Kaloupek, D. G. (1995). The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi: 10.1007/BF02105408
- Blake, R. A., Lating, J. M., Sherman, M. F., & Kirkhart, M. W. (2014). Probable PTSD and Impairment in Witnesses of Work-Related Fatalities. *Journal of Loss and Trauma*, 19(2), 189-195. doi: 10.1080/15325024.2013.775889
- Bleich, A., & Solomon, Z. (2004). Evaluation of psychiatric disability in PTSD of military origin. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(4), 268-276.
- Bolton, E., Holohan, D. R., King, L. A., & Wing, D. W. (2004). Acute and Post-Traumatic Stress Disorder. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Psychopathology in the Workplace: Recognition and Adaptation*. New York: Brunner-Routledge.

- Corrigan, M., McWilliams, R., Kelly, K. J., Niles, J., Cammarata, C., Jones, K., . . . Prezant, D. J. (2009). A Computerized, Self-Administered Questionnaire to Evaluate Posttraumatic Stress Among Firefighters After the World Trade Center Collapse. *American Journal of Public Health, 99*(Suppl. 3), S702-S709. doi: 10.2105/AJPH.2008.151605
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika, 16*, 297-334. doi: 10.1007/BF02310555
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders - Patient edition*. New York: New York State Psychiatric
- Freeston, M. H. (1997). *Développement et validation de l'Échelle de Fonctionnement Psychosocial* [Development and Validation of the Psychosocial Functioning Scale]. Unpublished document. Centre de recherche Fernand-Seguin, Montreal, Canada.
- Gladis, M., M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of Life: Expanding the Scope of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 320-331. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.320
- Grunert, B. K., Devine, C. A., Matloub, H. S., Sanger, J. R., Yousif, N. J., Anderson, R. C., & Roell, S. M. (1992). Psychological Adjustment Following Work-Related Hand Injury: 18-Month Follow-up. *Annals of Plastic Surgery, 29*(6), 537-542.
- Guay, S., Fortin, C., Fikretoglu, D., Poundja, J., & Brunet, A. (2015). Validation of the WHOQOL-BREF in a Sample of Male Treatment-Seeking Veterans. *Military Psychology, 27*(2), 85-92. doi: 10.1037/mil0000065

- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BrEf: Preliminary Population Norms and Effect Sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37-59. doi:10.1007/s11205-005-5552-1
- Hull, A. M., Alexander, D. A., & Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha oil Platform Disaster: Long-Term Follow-up Study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 433-438. doi: 10.1192/bjp.181.5.433
- Jakle, K. R. (2009). *Health Behaviors and Quality of Life Outcomes in Veterans Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest and Dissertation Theses database.
- Katschnig, H. (2006). How useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry ? In H. Katchnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in Mental Disorders* (pp. 3-17). New York: US: John Wiley & sons.
- Kessler, R. C., & Frank, R. G. (1997). The Impact of Psychiatric Disorders on Work Loss Days. *Psychological Medicine*, 27(4), 861-873.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of Duration of Disability and Return-to-Work After Work-Related Injury and Illness: Challenges for Future Research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464-484. doi: 10.1002/ajim.1116
- Lacerte, S., Bruyninx, S., Bourdon, D.-É., & Marchand, A. (2015). *Quality of life in Workplace Trauma Victims with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review*. Manuscript submitted for publication.

- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The Aftermath of Workplace Violence Among Healthcare Workers: A Systematic Literature Review of the Consequences. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 492-501. doi: 10.1016/j.avb.2014.07.010
- Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care, 39*(1), 72-85. doi: 10.1097/00005650-200101000-00009
- Linden, M., & Muschalla, B. (2007). Anxiety Disorders and Workplace-Related Anxieties. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 467-474. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.06.006
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(1), 75-79. doi: 10.1002/cpp.693
- MacDonald, H. A., Cololta, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Workplace: A Descriptive Study of Workers Experiencing PTSD Resulting From Work Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation, 13*(2), 63-77. doi: 10.1023/A:1022563930482
- Martel, J.-P., & Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems, and Presentation of a New Model and Measuring Instrument. *Social Indicators Research, 77*, 333-368. doi: 10.1007/s11205-004-5368-4
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2007). Workplace Violence: An Overview of Patterns of Risk and the Emotional/Stress Consequences on Targets. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*, 327-339. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.06.006
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Quebec, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.

- Muschalla, B., & Linden, M. (2013). Different Workplace-Related Strains and Different Workplace-Related Anxieties in Different Professions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(8), 978-982. doi: 10.1097/JOM.0b013e3182972f04
- Noblet, A., Rodwell, J., & McWilliams, J. (2006). Organizational Change in the Public Sector: Augmenting the Demand Control Model to Predict Employee Outcomes Under New Public Management. *Work & Stress*, 20(4), 335-352. doi: 10.1080/02678370601050648
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of Life Assessments in Major Depressive Disorder: A review of the Literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 13-17. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2003.07.004
- Penk, W., Drebing, C., & Schutt, R. (2002). PTSD in the Workplace. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Mental Health in the Workplace* (pp. 215-247). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Perreault, S., & Brennan, S. (2009). *Criminal Victimization in Canada*. Retrieved May 14 2015 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-eng.htm> (Statistics Canada).
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Regehr, C. D., Goldberg, G., Glancy, G. D., & Knott, T. (2002). Posttraumatic Symptoms and Disability in Paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 953-958.
- Richardson, J. D., Long, M. E., Pedlar, D., & Elhai, J. D. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life Among a Sample of Treatment- and Pension-Seeking

Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(9), 594-600.

Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2011). Work-Related Quality of Life and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Female Veterans. *Women's Health Issues*, 21(4, Suppl), S169-S175. doi: 10.1016/j.whi.2011.04.013

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report From the WHOQOL Group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment Outcomes and PTSD Symptom Severity. *Mental Health Services Research*, 7, 89-101. doi: 10.1007/s11020-005-3780-2

Statistics Canada. (n.d.). *Explore Careers – Wage Report*. Retrieved from http://www.guichetemplois.gc.ca/IMT_rapport_region.do?®ion=25154&reportOption=wage.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper & Row.

Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being ?* London: Department for Work and Pensions.

Wald, J., & Taylor, S. (2009). Work Impairment and Disability in Posttraumatic Stress Disorder: A review and Recommendations for Psychological Injury Research and Practice. *Psychological Injury and Law*, 2, 254-262. doi: 10.1007/s12207-009-9059-y

- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A Review of the First Ten Years of Research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132-156. doi: 10.1002/da.1029
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(1403).
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Table 1

Sample characteristics

	Total (<i>n</i> = 44)	Administration and management (<i>n</i> = 4)	Sales and service (<i>n</i> = 14)	Health and social occupations (<i>n</i> = 10)	Emergency and protective services (<i>n</i> = 8)	Trades, transport and manufacturing (<i>n</i> = 8)
Age, <i>M</i> (SD)	40.86 (12.20)	47.25 (7.23)	38.77 (14.48)	42.56 (10.76)	42.57 (14.82)	42.38 (11.98)
Women, <i>n</i> (%)	25 (57)	3 (75)	10 (71)	9 (90)	1 (13)	2 (25)
Education, <i>n</i> (%)						
Secondary school	15 (34)	1 (25)	7 (50)	1 (10)	2 (25)	4 (50)
College/technical training	23 (52)	1 (25)	6 (43)	9 (90)	6 (75)	1 (13)
University	6 (14)	2 (50)	1 (7)	-	-	3 (37)
Marital status, <i>n</i> (%)						
Married/common law	20 (46)	2 (50)	5 (36)	6 (60)	2 (25)	5 (63)
Separated/divorced	8 (18)	1 (25)	1 (7)	1 (10)	3 (38)	2 (25)
Single	16 (36)	1 (25)	8 (57)	3 (30)	3 (37)	1 (13)
Type of trauma, <i>n</i> (%)						
Accident/disaster	9 (21)	1 (2)	-	-	1 (13)	7 (87)
Victim of violence	27 (61)	3 (75)	14 (100)	6 (60)	3 (37)	1 (13)
Witness injury/death	8 (18)	-	-	4 (40)	4 (50)	-
Causative agent, <i>n</i> (%)						
Colleague	7 (16)	1 (25)	1 (7)	1 (10)	1 (13)	3 (37)
Client/patient/other	31 (70)	2 (50)	13 (93)	9 (90)	6 (75)	1 (13)
Object, nature	6 (14)	1 (25)	-	-	1 (13)	4 (50)
PTSD severity, <i>M</i> (SD)	79.05 (14.34)	75.00 (8.04)	71.93 (15.36)	81.80 (10.12)	85.00 (17.40)	84.13 (13.07)

Comorbidity, n (%)

Anxiety disorder

Mood disorder

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder. The participants could have more than one comorbid mental health disorder or any comorbid disorder.

Table 2

QoL outcomes

	Total (<i>n</i> = 44)	Administration and management (<i>n</i> = 4)	Sales and service (<i>n</i> = 14)	Health and social occ. (<i>n</i> = 10)	Emergency and protective services (<i>n</i> = 8)	Trades, transport and manufacturing (<i>n</i> = 8)	F (df1, df2)
General QoL, <i>M</i> (SD)							
Physical health	45.76 (16.56)	35.42 (14.73)	47.12 (18.89)	45.77 (14.55)	55.02 (14.44)	36.91 (14.81)	1.45 (3, 32)
Psycho. health	38.33 (17.28)	26.39 (19.69)	36.86 (16.48)	36.00 (16.11)	55.33 (15.23) ^a	32.18 (13.27) ^b	3.19 (3, 32)*
Social relations	41.24 (19.40)	30.56 (26.79)	46.15 (20.30)	36.11 (14.43)	46.43 (17.25)	38.10 (23.50)	0.71 (3, 32)
Environment	56.76 (14.89)	62.50 (0.00)	53.37 (11.59)	58.59 (15.83)	69.64 (13.83) ^a	46.43 (14.82) ^b	3.69 (3, 31)*
Total score	44.76(14.99)	30.90(25.40)	45.87(12.52)	43.48(11.75)	56.60(12.84)	38.40(15.29)	2.48 (3, 32)
Current functioning, <i>M</i> (SD)							
Marital relations	5.93 (2.32)	4.00 (2.83)	6.13 (1.55)	6.33 (2.81)	6.00 (3.27)	5.75 (0.96)	0.05 (3, 21)
Family	5.13 (2.15)	4.25 (0.96)	4.50 (2.47)	5.70 (1.57)	5.25 (2.77)	6.50 (1.00)	1.09 (3, 32)
Social relations	6.33 (1.75)	7.25 (0.96)	6.14 (1.10)	5.90 (2.33)	6.50 (2.20)	6.67 (1.86)	0.29 (3, 34)
Leisure	6.67 (1.55)	7.00 (1.41)	6.43 (1.34)	6.50 (1.65)	6.63 (2.13)	7.29 (1.38)	0.48 (3, 35)
ADL	4.90 (1.91)	5.50 (2.38)	5.54 (2.03)	4.50 (1.35)	4.88 (1.96)	4.00 (2.08)	1.19 (3, 34)
Total score	5.65 (1.40)	5.55 (0.87)	5.43 (1.32)	5.73 (1.39)	5.71 (2.17)	5.93 (0.99)	0.20 (3, 35)
Work-related QoL							
Satisfaction, <i>M</i> (SD)	1.82 (1.05)	1.33 (0.58)	2.00 (0.34)	1.33 (0.71)	2.43 (1.27)	1.71 (0.76)	1.57 (3, 32)
Functioning, <i>M</i> (SD)	8.21 (1.57)	8.00 (1.16)	7.80 (1.78)	8.44 (1.33)	8.33 (2.00)	9.00 (0.00)	1.06 (3, 34)
Not working, <i>n</i> (%)	39 (89)	4 (100)	10 (71)	10 (100)	7 (88)	8 (100)	-

Note. QoL = quality of life; Psycho. health = psychological health; ADL = activities of daily living. Groups identified with ^a are significantly different from groups marked with ^b. * *p* < .05.

Table 3

Predictions of QoL outcomes using linear regressions (M1 to M3) and logistic regressions (M4 to M5)

	B	SE B	β	OR (95% CI)	p	R^2 adjusted
M1. General QoL ($n = 38$)						
PTSD severity	-0.17	0.12	-0.19	n/a	.189	.286
Comorbid depression	-11.53	3.43	-0.50	n/a	.002	
M2. Current functioning ($n = 43$)						
PTSD severity	0.06	0.01	0.61	n/a	.000	.359
M3. Work satisfaction ($n = 39$)						
PTSD severity	-0.03	0.01	-0.33	n/a	.027	.212
Age	-0.03	0.01	-0.37	n/a	.016	
M4. Employment status ($n = 44$)						
PTSD severity	-0.20	0.10	n/a	0.82 (0.68-0.99)	.036	.420*
M5. Work functioning ($n = 42$)						
PTSD severity	0.05	0.04	n/a	1.06 (0.97-1.14)	.201	.089*

Note. B = unstandardized regression coefficient; SE = standard error; β = standardized regression coefficient.

*For logistic regressions, Nagelkerke R^2 was used.

CHAPITRE IV

LONGITUDINAL ANALYSIS OF PTSD AND QUALITY OF LIFE AMONG WORKPLACE TRAUMA VICIMS SEEKING TREATMENT

ARTICLE SOUMIS LE 15 SEPTEMBRE 2015 POUR PUBLICATION AU JOURNAL
SCIENTIFIQUE *PSYCHOLOGICAL TRAUMA : THEORY, RESEARCH, PRACTICE AND
POLICY*

Préambule

Le chapitre III a présenté un portrait des employés victimes d'un ESPT lié à un traumatisme survenue au travail. Il décrit la multitude d'événements traumatiques pouvant survenir dans divers milieux de travail et des conséquences négatives sur l'employé qui développe un ESPT. Les résultats mettent de l'avant les besoins cliniques de cette population et soulignent l'importance d'intervenir rapidement auprès de ces individus en vue d'un rétablissement optimal, autant sur le plan de la santé mentale que de leur QV. Le chapitre IV fait donc suite et présente les données quant à l'effet d'une psychothérapie (thérapie cognitive et comportementale) pour l'ESPT sur les symptômes et la QV chez les travailleurs traumatisés. Un résumé des temps de mesure, des évaluations et stratégies d'intervention, ainsi que des instruments de mesure administrés sont présentés dans les appendices C à F.

LONGITUDINAL ANALYSIS OF PTSD AND QUALITY OF LIFE AMONG WORKPLACE
TRAUMA VICTIMS SEEKING TREATMENT

Lacerte, Sophie, B. Sc.^{1,2},

Beaulieu-Prévost, Dominic, Ph. D.^{2,3},

Guay, Stéphane, Ph. D.^{2,4},

Belleville, Geneviève, Ph. D.^{2,5},

& Marchand, André, Ph. D.^{1,2}

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Canada

² Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Canada

³ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada

⁴ École de criminologie, Université de Montréal, Canada

⁵ École de psychologie, Université Laval, Canada

Résumé

OBJECTIF : L'objectif de la présente étude consiste à observer l'évolution des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) et la qualité de vie (QV) pendant une thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour l'ESPT. L'évaluation de la QV comprend le niveau de fonctionnement actuel, la QV générale et la QV au travail. **MÉTHODOLOGIE :** L'échantillon inclut 44 participants présentant un ESPT à la suite d'un événement traumatique en milieu de travail. Ils ont été évalués à l'aide du *Clinician-Administered PTSD Scale*, le *World Health Organization Quality of Life – BREF version* et l'Échelle de fonctionnement actuel, à quatre reprises durant le processus thérapeutique (au prétest, après la 3^e séance, après la 9^e séance, et au post-test), ainsi qu'au suivi de six mois. Les participants ont suivi 20 séances hebdomadaires de TCC individuelle. **RÉSULTATS :** Une diminution significative de l'intensité des symptômes d'ESPT et une augmentation du niveau de fonctionnement actuel, de la QV générale et de la QV au travail est observée à l'évaluation post-traitement. Les gains thérapeutiques semblent se maintenir durant les six mois suivants la thérapie. Soixante-neuf pour cent des participants ne remplissent plus les critères pour le diagnostic d'ESPT après le traitement. Cependant, seulement la moitié de l'échantillon présente un statut d'emploi actif dans les mois suivant la thérapie. L'ESPT et la QV se sont améliorés de façon significative lors de l'application de chacune des stratégies de la TCC. Les mesures d'impact semblent également s'améliorer de façon synchrone durant le processus thérapeutique. **CONCLUSION :** Les résultats de la présente étude montrent qu'il n'y a pas lieu d'ajouter des stratégies d'intervention ciblant spécifiquement la QV à la TCC pour l'ESPT. Toutefois, des interventions visant la réinsertion professionnelle devraient être considérées dans l'élaboration du plan de traitement des victimes d'événements traumatiques au travail.

Abstract

OBJECTIVE: The purpose of the present study is to thoroughly monitor the evolution of symptoms and quality of life (QoL) during cognitive behavioral therapy (CBT) for work-related posttraumatic stress disorder (PTSD). The assessment of QoL includes the level of current functioning, general QoL, and work-related QoL. **METHOD:** The sample included 44 participants with PTSD stemming from various workplace traumas. The participants completed the *Clinician-Administered PTSD Scale*, the *World Health Organization Quality of Life – BREF version*, and the *Assessment of Current Functioning* four times over the course of treatment (at pre-treatment, after the third session, after the ninth session, and post-treatment) and at follow-up (six months). CBT included 20 weekly individual sessions. **RESULTS:** A significant decrease in PTSD symptom severity and a significant increase in the level of current functioning, general QoL and work-related QoL were observed at post-treatment. The improvements remained stable over the following six months. Although 69% of the participants no longer met the criteria for PTSD diagnosis, only half of the sample were able to return to work following psychotherapy. PTSD and QoL improved significantly following each CBT strategy until the end of therapy, and the variables appeared to change synchronously throughout the therapeutic process. **CONCLUSION:** The findings suggest that the addition of specific strategies targeting QoL in CBT for PTSD is not essential to QoL improvements, but clinicians could consider interventions for workplace trauma victims focused on returning to work.

Introduction

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is the most frequent stress reaction after experiencing a traumatic event (American Psychiatric Association, 2013). Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been shown to be effective in the reduction of PTSD symptoms and is recommended by the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008). The efficacy of CBT for PTSD has frequently been demonstrated by the significant reduction of PTSD symptom severity and the finding that patients do not meet diagnosis criteria at post-treatment. However, PTSD has well-documented serious negative consequences not only for mental health but also in other life spheres, such as physical health, social relationships, work, and daily functioning. Hence, PTSD affects the quality of life (QoL) of sufferers (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007). Therefore, treatment outcome research should aim to evaluate improvements in both QoL and mental health (Crits-Christoph et al., 2008).

Several PTSD studies in the last two decades have included a measure of QoL as a treatment outcome. A recent meta-analysis stated that CBT has a moderately strong effect on QoL for those with anxiety disorders (Hofmann, Wu, & Boettcher, 2014). However, general conclusions on the effect of treatment on QoL are limited, given the methodological flaws and heterogeneity in QoL assessment. Additionally, most studies do not provide a clear definition of QoL (Lacerte, Bruyninx, Bourdon, & Marchand, 2015). The World Health Organization has developed an operationalized definition of QoL: “individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHOQOL Group, 1995). Therefore, the present study will use WHOQOL's definition and will add that QoL is also influenced by the subjective

perception of one's level of achieved activity (i.e., functioning) in a specific domain of life (Bigelow, Brodsky, Stewart, & Olson, 1982). Role functioning appears to be an appropriate QoL measure for individuals in industrialized societies in which performance is highly valued.

Furthermore, most studies have used a pre-post design to evaluate the efficacy of treatment, but it does not allow clinical researchers to examine a range of process questions, such as when does the outcome of interest (i.e., QoL) begin to improve for patients attending psychotherapy?, are changes in QoL associated with changes in symptoms?, are specific CBT strategies associated with improvements in QoL? Using a temporal design with closely spaced observations allow researchers to identify more complex and precise shapes of change (Laurenceau, Hayes, & Feldman, 2007). Examining PTSD and QoL over the course of treatment can also help clinicians' and patients' in understanding the effect of each step of treatment on outcomes and thus, having more precise expectations of the evolution of these outcomes throughout therapy. Mixed results are revealed in the literature: some studies have demonstrated that improvements in symptoms are associated with changes in QoL (Crits-Christoph et al., 2008; Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006), whereas others showed evidence of successive improvements (i.e., a change in QoL is followed by improvements in PTSD and, subsequently, a change in functioning) (Lutz, Lowry, Kopta, Einstein, & Howard, 2001). To our knowledge, no existing study has ever look at the associations between CBT strategies and improvements in QoL.

This study examines longitudinal data on symptom severity and QoL in a sample of employees who experienced workplace trauma and sought PTSD treatment. Approximately 1.6% of workers suffer from PTSD following a traumatic event experienced in the workplace or during

off-site work (Linden & Muschalla, 2007; Muschalla & Linden, 2013). Violence and assault appear to be the most experienced type of workplace trauma (Lacerte et al., 2015), and compared to other types of event, it generates higher severity PTSD (Sijbrandij et al., 2013), and possibly worsen QoL. Workers with PTSD can experience important personal and occupational consequences, such as physical health-related difficulties, interpersonal problems, and impairment in daily and work functioning, which can also affect their QoL (Bolton, Holohan, King, & Wing, 2004; Lanctôt & Guay, 2014; Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013). In a recent report, a compensation board in Canada showed that employees who had been victims of workplace violence were absent from work for an average of 171 days during the last year, corresponding to an average sum of \$11,813 in disability benefits (Commission de la Santé et Sécurité au Travail au Québec, 2012). Considering that work constitutes a source of self-satisfaction, socialisation and settles a routine with a purpose for the day, being frequently absent or on sick leave can affect negatively the QoL of the sufferer (Bolton et al., 2004; Penk, Drebing, & Schutt, 2002).

Thus, the rehabilitation of mentally injured workers is of particular importance. Better mental health and QoL appear essential to enable employees to return to work in a prompt and definitive manner and to reduce the social costs associated with these situations. Mental health rehabilitation in workers has also been recently evaluated based on occupational outcomes that are often categorized as work-related QoL, such as work performance and work satisfaction (e.g., Schnurr, & Lunney, 2012). Furthermore, a recent review noted the lack of research on interventions for work-related PTSD (Stergiopoulos, Cimo, Cheng, Bonato, & Dewa, 2011).

Thus, the current paper aims to monitor the evolution of symptoms and QoL during CBT for PTSD in individuals exposed to workplace trauma. To fully capture the experience of patients, three aspects of QoL will be examined (general QoL, level of current functioning, and work-related QoL). Moreover, we aim to explore the associations between changes in PTSD symptoms and changes in all QoL measures across CBT strategies and at follow-up. Our study will add to the growing body of research on QoL-related treatment outcomes by including several QoL measures and examining the longitudinal evolution of treatment outcomes in detail.

Method

Participants

The present study was part of a larger clinical project exploring the predictors and mediators of the efficacy of PTSD psychotherapy. Participants were recruited through referrals to the Trauma Studies Centre of the *Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal*, located in Montreal (Canada). The ethics committee of the institute approved the research project. For the larger project, the participants were included whether their trauma was work related or not. However, only those with work-related trauma were included in the present study. Additionally, the participants were included if (a) they were between the ages of 18 and 65 years and (b) they were given a primary diagnosis of PTSD based on SCID assessment. The following exclusion criteria were used: (a) experience of repeated war-related traumas, (b) alcohol or substance abuse/dependence, (c) active suicidal ideation, (d) past or present psychotic episode(s), (e) bipolar disorder, (f) mental retardation; (g) ongoing threat (e.g., continued harassment) and (h)

overwhelming personal problems (e.g., involvement in a trial). The participants were required to consent not to begin pharmacological treatment or any other psychological treatment during the study. If the participants were already using a pharmacological treatment, we asked them not to modify their dosage during the course of the psychotherapy if possible.

In total, 225 interested participants contacted the centre (for the larger study). Forty-six of the 217 individuals screened in a face-to-face evaluation were eligible for the present study (two participants were accepted despite the presence of a mild substance use disorder, as the evaluators and clinicians believed that the comorbid disorder would not interfere with the PTSD therapy). Two participants dropped out before beginning treatment because they were no longer interested in participating. Of the 44 participants who participated in therapy, four dropped out during the psychotherapeutic process (one returned to his native country, and the other three stated that they no longer needed therapy). Thus, 40 participants completed the treatment, and 36 participants were reached at 6-month follow-up.

Measures

The demographic data included age, gender, education, marital status, and type of work. In addition, we collected information relating to the workplace trauma, employment status, medical leave and disability benefits. The French version of all of the following measures was used.

PTSD and comorbid mental health disorders. The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was used to assess PTSD diagnosis and other Axis I disorders (e.g., major depression). The SCID-I is considered the gold standard for assessing clinical disorders. PTSD severity was evaluated by the

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake, Weathers, Nagy, & Kaloupek, 1995). The frequency and intensity of each PTSD symptom were assessed using a five-point Likert scale on which higher scores reveal more severe PTSD symptoms. Both semi-structured interviews demonstrate good to excellent psychometric qualities (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011; Weathers, Keane, & Davidson, 2001).

General QoL. The World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998) is a self-report questionnaire widely used to assess general QoL. Four domains of QoL (physical health, psychological health, social relationships and the environment) are evaluated with 24 items rated on a five-point Likert scale, yielding four subtotals. For the purpose of the present study, a total score was also calculated by computing the mean of all domain scores. The WHOQOL-BREF subscale intercorrelations were moderate to large (Pearson's $r = .40$ to $r = .66$, $p < .01$), and good internal consistency was confirmed ($\alpha = .82$) (Cronbach, 1951). Lower scores indicate poor QoL.

Level of functioning. The current level of functioning was measured with the Assessment of Current Functioning (ACF), a questionnaire adapted by the main researchers (D.B.P. and A.M.) from Freeston's (1997) scale. In a clinical interview, the participants were asked to what extent the presence of PTSD symptoms influences their functioning in seven life spheres: work, studies, marital relations, family life, social life, leisure/holidays, and daily activities. In relation to the participants' answer, the evaluators rated their level of functioning on a Likert scale from 1 (no difficulties) to 9 (severe difficulties). A mean score was calculated from all of the applicable life spheres. The category "studies" was not considered in the total ACF

score because of the quasi-absence of participants in the present research who studied part time ($n = 3$). Good internal consistency was confirmed for this study ($\alpha = .86$) (Cronbach, 1951).

Work-related QoL. Based on Gladis and colleagues' (1999) recommendations for QoL assessment, work-related QoL includes three components: employment status (i.e., an indication of socio-material condition), satisfaction and functioning at work. Because the study was not initially intended to assess work-related outcomes, we decided to separately analyze one item in the WHOQOL-BREF ("How are you satisfied with your capacities for work?") and one item in the ACF questionnaire ("To what extent does the presence of PTSD influence functioning at work?"). Those items were not considered in the total score for the corresponding questionnaire. Employment status was identified in terms of whether the participants reported working or not working at the time of assessment.

Treatment and Procedure

The intervention protocol was adapted from an empirically validated CBT treatment for PTSD (Germain, Marchand, Guay, Bouchard, & Drouin, 2009; Guay & Marchand, 2007). The length of the therapy was increased to 20 sessions and was somewhat flexible to accommodate particular clients (e.g., two sessions were added if the client presented persistent avoidance behaviors). Eight psychologists delivered the 20 weekly individual sessions of 90 minutes. The psychologists were all members of the professional order of Quebec (*Ordre des psychologues du Québec*). They were all experts in CBT for PTSD and they were trained and supervised in applying the manualized treatment for our project by two psychologists who were also authors (A.M. & S.G.). The participants received a manual describing PTSD symptoms and explaining each component of the intervention.

The treatment was composed of three phases: (a) a psychoeducative intervention regarding PTSD symptoms and the teaching of anxiety management strategies (e.g., diaphragmatic breathing) (sessions 1 to 3); (b) exposure to memories of the traumatic event and cognitive restructuring if needed (sessions 4 to 9); and (c) *in vivo* exposure to trauma-related stimuli and to avoided situations, with cognitive restructuring if necessary (sessions 10-19) and relapse prevention (session 20). The participants also had to complete weekly homework.

The participants were interviewed five times throughout the course of therapy, delimitating each CBT step: before therapy (T0), after the first three sessions (T1), at the ninth session (T2), at the end of therapy (T3), and 6 months later (T4). The patients also had to complete self-reported questionnaires at home after each assessment. These assessments were delivered by one of the seven graduate students in clinical psychology trained to perform the clinical interviews for this project and supervised by two of the authors (A.M. and S.G.). All participants read and signed a consent form explaining the research project before participation. No financial compensation was offered.

Each evaluation and each session were audio-recorded to verify that the evaluators and psychologists correctly implemented the protocol. Inter-rater agreement on the assessment of the PTSD diagnosis was computed using independent experts who were blind to the study's hypotheses to code the audio-recorded session. The experts listened to one-third of the audio-recorded pre- and post-treatment assessments of the participants in the larger study. In sum, the judges agreed on all (100%) evaluations at pre-test and agreed on 91.3% of the evaluations at post-test. Moreover, treatment integrity was calculated for 20% of all completers' treatment sessions. The level of therapeutic integrity was also excellent (99.62% agreement).

Data analyses

SPSS (19th edition) was used. Normality hypotheses were verified for all variables. A ceiling effect on the work functioning variable was observed. Consequently, we dichotomized it by assigning a value of "0" to participants with moderate to high levels of functioning (or low to moderate impairment in functioning) and a value of "1" for low levels of functioning (or severe functional impairment). Fisher's test and Student's *t* test were used to assess baseline differences between the participants who completed the treatment (completers) and those who did not. The results revealed no difference between the two groups with respect to any of the demographic or outcome variables at baseline. Therefore, only the completers' sample was considered in the study analyses.

Moreover, preliminary analyses revealed equivalent results when using intention-to-treat analyses or completers' data only. Therefore, the aforementioned analyses were completed in a more conservative manner (i.e., excluding intention-to-treat data). Thus, only the participants who completed the follow-up ($n=36$) were considered in repeated-measures analyses of variance and correlations between changes in outcomes.

Repeated-measures analyses of variance were performed on the continuous outcome variables to detect therapeutic changes. When the sphericity hypothesis was violated, a Greenhouse-Greiser correction was considered. Repeated contrasts were used for pairwise comparisons of time assessments. Cochran's *Q* tests were used to detect differences in the dichotomous variables from baseline to follow-up. Pairwise comparisons were then computed using McNemar's tests. For the second objective of this study, a change score was computed for each outcome by subtracting the score at one time point from the score at the following time

point. The relationships between changes in PTSD and QoL variables were then identified by Pearson's correlations. The threshold of statistical significance was set at $p < .05$ for all analyses.

Results

Sample characteristics

The characteristics of the sample are shown in Table 1. The participants worked in the following areas: administration and management ($n = 4$); sales and service ($n = 13$); health and social work ($n = 11$); emergency and protective service ($n = 8$); and trades, transport and manufacturing ($n = 8$). The participants had developed PTSD after experiencing work-related traumas, such as being harassed or assaulted by a colleague or a patient ($n = 27$), witnessing someone else's severe injury or death ($n = 8$), having an accident (e.g., road accident, machine accident; $n = 7$) or being exposed to a natural disaster while working ($n = 2$). The mean on the CAPS at pre-treatment was 79.05 ($SD = 14.34$), which indicates severe PTSD symptoms (Weathers et al., 2001). Twenty-five participants (57%) were taking medication for PTSD or related problems (e.g., depression), such as antidepressants, benzodiazepines, and atypical antipsychotics.

Insert Table 1

The evolution of symptoms and QoL

Repeated-measures analyses of variance showed statistically significant effects of time on PTSD severity, current functioning and general QoL (see Table 2). Each QoL domain of the WHOQOL-BREF improved statistically over the course of treatment. The effect sizes (eta squared) for all time effects were moderate to large ($\eta^2 = 0.31$ to 0.58); the largest effect was for PTSD severity, whereas the smallest effect was observed for general QoL. At post-test and follow-up, 72% and 69% of the sample, respectively, no longer met the criteria for PTSD (one participant showed an increase in PTSD symptoms six months after treatment). No statistically significant changes from post-treatment to 6-month follow-up were found for any of the outcomes; thus, treatment-related improvements appeared to remain stable in the following months (see Figure 1).

With regard to work-related QoL specifically, the participants' self-reported functioning at work and work satisfaction statistically improved from pre- to post-treatment and remained stable after therapy (see Table 2). Of the participants who were not working at intake ($n = 31$), nine mentioned working at post-test and six others mentioned working in the following six months. Only one worker found a new job; other workers returned to the same employer with the same work tasks ($n = 6$), with certain accommodations in work tasks ($n = 3$), and/or with a gradual return schedule ($n = 5$). One worker began studying in a new domain to pursue a career reorientation.

Insert Table 2

Insert Figure 1

Improvements in outcomes across CBT strategies

Pairwise comparisons revealed statistically significant improvements at each step of therapy (i.e., from T0 to T3) for PTSD and QoL outcomes, except for current functioning, for which the participants did not statistically improve from pre-treatment (T0) to the assessment after the third session (T1). Thus, each CBT strategy appears to influence positively the PTSD severity and QoL of the participants.

Relationship between changes in PTSD severity and QoL outcomes

In Figure 2, we graphically display the correlations between changes in PTSD severity and QoL outcomes (including general QoL, functioning, and work-related QoL) at different time points during therapy (from T0 to T3). The results revealed statistically significant correlations at each step of therapy between PTSD severity and general QoL, and between PTSD severity and the level of current functioning. However, no association was found between those variables at the first therapeutic step (corresponding to psychoeducation and anxiety management). Thus, those outcomes appeared to improve synchronously throughout most of the therapeutic process. From T0 to T1, only changes in employment status were associated with changes in posttraumatic stress symptoms. From T1 to T3, improvements in self-reported work satisfaction and work functioning were statistically associated with changes in PTSD symptoms. No lagged

effects (i.e., associations between changes in one outcome at one time interval and changes in another outcome at a subsequent time interval) were detected ($p > .05$).

Insert Figure 2

Discussion

Our study reveals several findings. First, all outcomes (PTSD severity, general QoL, level of current functioning and work-related QoL) improved significantly after the CBT for work-related PTSD. Therapeutic gains were maintained six months later. Second, we were also particularly interested in examining patterns of outcomes over the course of psychotherapy. PTSD and QoL appeared to improve significantly at each CBT strategy introduced, and in a synchronous manner.

Our results are consistent with a recent meta-analysis that supports the efficacy of CBT for PTSD in improving QoL among various populations, with a large mean effect size ($g = .98$) (Hofmann et al., 2014). The results from a CBT group-based program study with Australian veterans with combat-related PTSD showed statistically significant pre-post improvements in the WHOQOL-BREF physical health, psychological health and social relationships subscales. Gains in QoL remained stable 9 months after treatment (Khoo, Dent, & Oei, 2011). Moreover, a recent review reported that CBT treatments were effective in improving functional impairment in patients with PTSD stemming from various traumas (Jonas et al., 2014).

To our knowledge, only one study evaluated work-related QoL among workplace trauma victims suffering from PTSD. Schnurr and Lunney (2012) found an association between no longer meeting the diagnostic criteria for PTSD after treatment and significant improvements in occupational impairment among veterans. However, occupational satisfaction did not improve during the course of treatment. The authors explained that although the study participants had moderate to severe PTSD at baseline, some of them did not exhibit reduced work-related QoL. Those baseline characteristics differ from ours, and this difference thus can explain the different occupational results observed.

Moreover, our rate of improvement in employment status from pre- to post-treatment (29%) appears lower than the rate (81%) reported by a study of police officers who participated in a 16-week program of brief eclectic psychotherapy (including cognitive-behavioral and psychodynamic approaches) (Plat et al., 2013) and lower than the average rate of 85% reported by a recent systematic review of studies evaluating the efficacy of exposure-based treatments for PTSD among work-related injured patients (Stergiopoulos et al., 2011). The fact that our treatment protocol did not include a specific intervention targeting work rehabilitation can partially explain our lower return-to-work rate. Further studies are needed to evaluate treatment-related improvements in occupational outcomes among PTSD workers.

The results of the present study revealed significant improvements in PTSD and QoL with each CBT strategy introduced. Each CBT component may have had a specific beneficial influence on the outcomes, or the results may reflect the additive effects of the strategies. Nevertheless, psychoeducation about PTSD can assist patients to understanding their actual state and thus diminish the anxiety associated with not knowing what is happening with their mental

and physical health. We believe that psychoeducation may also alter the sufferer's perception of his situation resulting from the presence of PTSD and raise his hopes of recovery, thereby affecting self-perceived QoL. Imaginal and *in vivo* exposures are known for addressing trauma-related anxiety and avoidance behaviors, which are considered core symptoms of PTSD. Diminished anxiety and avoidance behaviors may lead to better general well-being because patients increasingly recognize gains in their mental health recovery. Gradually, patients may feel less incapacitated by the presence of PTSD, gain control of their lives and increase their social and daily activities—all of which can contribute to greater QoL. These potential explanations, however, need empirical support.

Furthermore, our study showed that changes in PTSD and QoL outcomes were synchronous throughout therapy. Some treatment studies of anxiety disorders have reached the same conclusion (Crits-Christoph et al., 2008; Schnurr et al., 2006). Regarding specific occupational variables, our study also showed that changes in employment were not related to changes in PTSD severity, except at the beginning of therapy. Only two participants were able to return to work within the first three sessions of psychotherapy. Those participants might have significantly benefited from psychoeducation and might have had milder avoidance reactions, which could contribute to an early return to work (Grunert, Matloub, Sanger, & Yousif, 1990).

Clinical implications

The results of this study showed significant improvements in PTSD severity and QoL among the participants following CBT for PTSD; thus, the addition of strategies specifically targeting the enhancement of QoL within CBT for PTSD appears not necessary. However, considering the lower return-to-work rate relative to the average rate revealed in a recent review

(Stergiopoulos et al., 2011) for exposure-based treatment for work-related PTSD (85%), standard CBT could be supplemented with strategies focusing specifically on the return-to-work experience of patients who have experienced a traumatic event in the workplace. It is generally acknowledged that returning to work reduces distress for individuals suffering from PTSD for several reasons: returning to work diminishes trauma-related anxiety, helps the worker have a regular routine with a purpose for the day, diminishes social isolation by interacting with colleagues, occupies the mind, restores a sense of mastery and control, provides a sense of meaning in life, and promotes self-esteem (Bolton et al., 2004; Penk, Drebing, & Schutt, 2002). Therefore, returning to work is an important treatment outcome that therapists should consider.

The study of Grunert et al. (1990) with patients with a work-related hand injury revealed a positive influence of specific interventions targeting return to work. The authors suggested the systematic inclusion of items related to the work environment in graded *in vivo* exposure exercises (e.g., walking near the work setting, entering the building). A therapist could visit the work site with a patient, helping him to reduce anxiety in confronting trauma-related stimuli. The therapist could also assist him in using adequate coping skills when difficulty arises at work (e.g., work tasks, colleagues' reactions). Persistent negative emotions related to the workplace trauma (e.g., anger toward the employer or other employees) also need to be addressed before returning to work. Cognitive restructuring and emotion regulation strategies can be applied.

Clinicians can also use imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT) with patients for whom imaginal exposure fails because of strong negative emotions, such as anger or guilt. The goal of this therapy is to alter maladaptive trauma-related schemas (e.g., vulnerability) and replace them with mastery schemas. In fact, IRRT has proven to be a potent intervention

(Arntz, Tiesema, & Kindt, 2007; Rosen & Grunert, 2012). A recent study that did apply those interventions for workplace trauma patients with PTSD reported a return-to-work rate of 84% (Rosen & Grunert, 2012). Nonetheless, the cooperation of the employer and of any other recovery agent is paramount to the effectiveness of these interventions (Defraia, 2013).

Limitations

Several limitations can be noted in our study. First, our sample size was somehow small, but sufficient in detecting significant effects. The generalizability of results can be however compromised by the sample size and the specificity of the population under study. The french version of questionnaires and structured interviews were used; however, no study has been done yet to evaluate the validity in that language. Because the study was not originally designed to evaluate work-related QoL, we analyzed specific items derived from the questionnaires already being administered, which limits the validity and reliability of results obtained for work-related QoL. Additionally, the correlational analyses do not permit definitive inferences about cause and effect and to identify the directionality in the results. It is possible that improvements in outcomes after therapy was influenced by the expectations of the therapeutic efficacy; thus, participants could have reported better scores in questionnaires because they felt they were expected to. However, no such expectations were formulated from the personnel of the project to the participants.

Despite these limitations, this study has several strengths. The study's prospective, longitudinal and repeated-measures design allowed observation of the trajectory of different outcomes during and after treatment. Moreover, the treatment was set at 20 weekly sessions, which allowed sufficient time to address difficulties that emerge within therapy and limited

dropouts. Finally, to fully capture the experience of patients, the treatment outcomes included not only symptoms severity but also general QoL, current functioning and work-related QoL. Thus, our study extends the previous literature on QoL-related treatment outcomes.

Future research

Recommendations for future studies include a larger sample size and the inclusion of participants with PTSD stemming from other types of occupations (e.g., journalism, military). Additionally, it would be helpful if future studies followed patients for one or two years to support conclusions regarding the maintenance of or continued improvement in therapeutic gains, especially for QoL outcomes (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Moreover, future studies are needed to evaluate treatment-related improvements in occupational outcomes among PTSD workers. We recommend the use of questionnaires specifically addressing QoL at work, such as the Quality of Working Life Systemic Inventory (Martel & Dupuis, 2006) or the Work Limitations Questionnaire (Lerner et al., 2001).

Investigating the factors that contribute to improvements in QoL (general or work-related QoL) could also be relevant to enhance our understanding of the processes underlying changes in treatment outcomes. Such research could consider a variety of predictors, such as therapeutic factors (e.g., the therapeutic alliance), organizational factors (e.g., support from an employer), or personal factors (e.g., personality traits). Finally, randomized controlled trials comparing work-related PTSD treatment with and without interventions targeting work rehabilitation would be pertinent to examine the effect of these strategies on occupational outcomes.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.006>
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G. J. Stahler & W. R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). New York: Academic Press.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., & Kaloupek, D. G. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02105408>
- Bolton, E., Holohan, D. R., King, L. A., & Wing, D. W. (2004). Acute and Post-Traumatic Stress Disorder. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Psychopathology in the workplace: recognition and adaptation*. New York: Brunner-Routledge.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Commission de la Santé et Sécurité au Travail au Québec. (2012). Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail - 2007-2010 [Statistics on workplace violence injuries – 2007-2010]. Québec, Canada.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., . . .

Goldstein, L. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 419-430.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0014340>

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>

Defraia, G. S. (2013). Organizational outcomes following traumatic workplace incidents: A practice-based exploration of impact of incident severity level. *Social Work in Mental Health*, 11(5), 404-433. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2013.784224>

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders - Patient edition*. New York: New York State Psychiatric

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Freeston, M. H. (1997). *Développement et validation de l'Échelle de Fonctionnement Psychosocial* [Development and validation of the Assessment of Current Functioning]. Unpublished document, Centre de recherche Fernand-Seguin. Montréal, Canada.

Germain, V., Marchand, A., Guay, S., Bouchard, S., & Drouin, M.-S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for post-traumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53.
<http://dx.doi.org/10.1080/16506070802473494>

- Gladis, M., M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320-331. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.320>
- Grunert, B. K., Matloub, H. S., Sanger, J. R., & Yousif, N. J. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma. *The Journal of Hand Surgery*, 15(3), 511-515. [http://dx.doi.org/10.1016/0363-5023\(90\)90074-2](http://dx.doi.org/10.1016/0363-5023(90)90074-2)
- Guay, S., & Marchand, A. (2007). Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint ou d'un proche [Comparative efficacy of cognitive-behavioral therapy for PTSD with and without spouse participation]. *Fonds de la recherche en santé du Québec* (#3899-15), Canada.
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375-391. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035491>
- Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., . . . Gaynes, B. N. (2014). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality .
- Khoo, A., Dent, M. T., & Oei, T. P. (2011). Group cognitive behaviour therapy for military service-related post-traumatic stress disorder: Effectiveness, sustainability and repeatability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 663-672. <http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2011.590464>

- Lacerte, S., Bruyninx, S., Bourdon, D.-É., & Marchand, A. (2015). *Quality of life in workplace trauma victims with Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review*. Manuscript submitted for publication.
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 492-501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Laurenceau, J.-P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some Methodological and Statistical Issues in the Study of Change Processes in Psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 682-695. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.007
- Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care, 39*(1), 72-85. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200101000-00009>
- Linden, M., & Muschalla, B. (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 467-474. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.06.006>
- Lobbetael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(1), 75-79. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.693>
- Lutz, W., Lowry, J. L., Kopta, S. M., Einstein, D., & Howard, K. I. (2001). Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 889-900. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1057>
- MacDonald, H. A., Cololta, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD

resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(2), 63-77.

<http://dx.doi.org/10.1023/A:1022563930482>

Martel, J.-P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-5368-4>

Muschalla, B., & Linden, M. (2013). Different workplace-related strains and different workplace-related anxieties in different professions. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(8), 978-982.

<http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182972f04>

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>

Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>

Penk, W., Drebing, C., & Schutt, R. (2002). PTSD in the workplace. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 215-247). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Plat, M.-C. J., Westerveld, G. J., Hutter, R. C., Olff, M., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2013). Return to work: Police personnel and PTSD. *Work*, 46, 107-111.

<http://dx.doi.org/10.3233/WOR-121578>

- Rosen, G. M., & Grunert, B. K. (2012). Posttraumatic Stress Disorder in the workplace. In S. S. Bush & G. L. Iverson (Eds.), *Neuropsychological assessment of work-related injuries* (pp. 163-186). New York: Guilford Press.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 707-713. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.707>
- Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2012). Work-related outcomes among female veterans and service members after treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Services*, 63(11), 1072-1079. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100415>
- Sijbrandij, M., Engelhard, I. M., de Vries, G.-J., Luitse, J. S. K., Carlier, I. V. E., Gersons, B. P. R., & Olff, M. (2013). The Role of Injury and Trauma-Related Variables in the Onset and Course of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 449-455. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-012-9348-6>
- Stergiopoulos, E., Cimo, A., Cheng, C., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2011). Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: A systematic review. *BMC Public Health*, 11, 838. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-838>
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132-156. <http://dx.doi.org/10.1002/da.1029>

- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Figure 1. The evolution of treatment outcomes ($n = 36$)

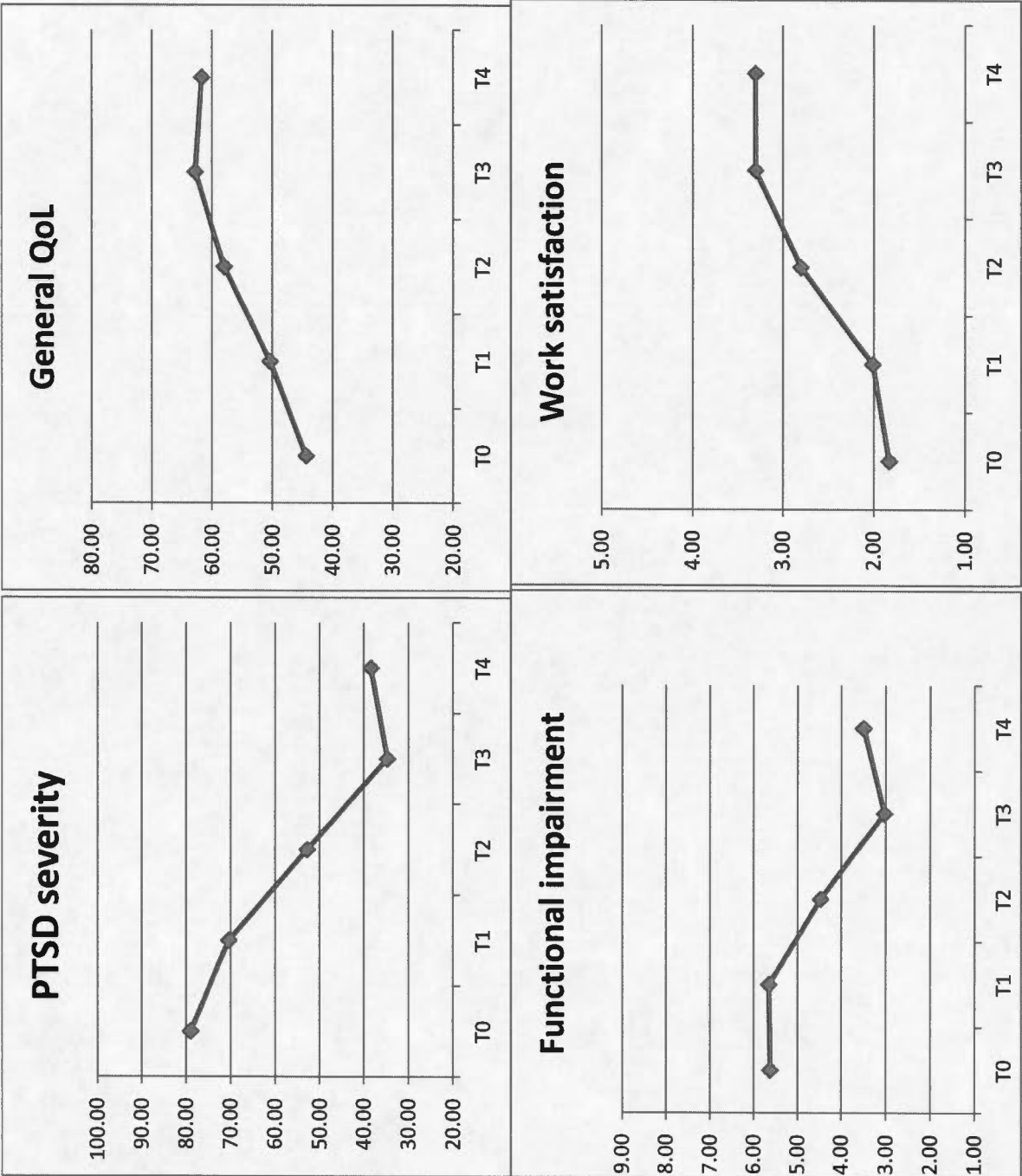
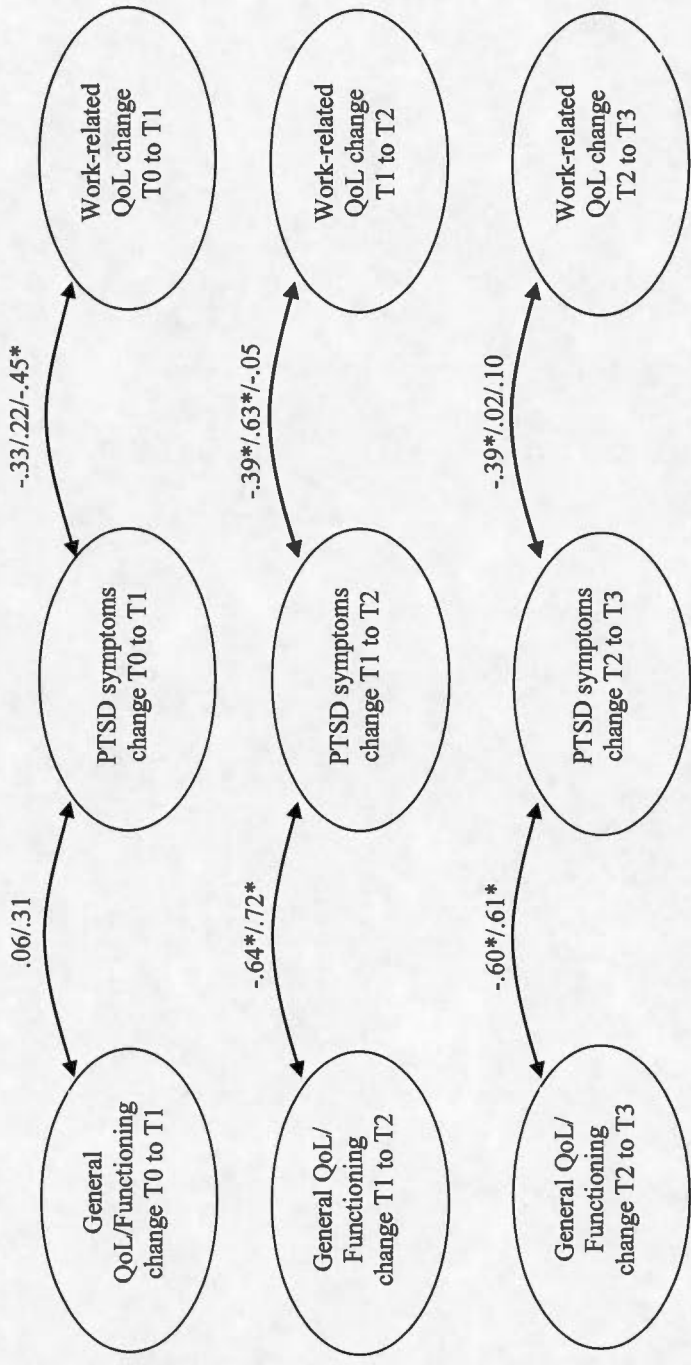


Figure 2. Relationships among changes in PTSD severity, QoL, functioning and employment status ($n = 36$)



Note. None of the lagged effects was statistically significant; thus, they are not indicated in the figure. The results for general QoL/functioning level are presented on each side of the slash. The results for work-related QoL are presented in the following order: work satisfaction/work functioning/employment status. For general QoL, work satisfaction, and employment status, a negative coefficient indicates an association between an improvement in the variable and an improvement in PTSD symptoms. For the other outcome measures, a positive coefficient indicates an association between an improvement in the variable and an improvement in PTSD symptoms. * $p < .05$.

Table 1

Sample characteristics at baseline ($n = 44$)

Characteristics	M (SD)	n (%)
Age	40.86 (12.20)	
Gender (female)		25 (57)
Marital status (in couple)		20 (45)
Work status		
On medical leave or not working		39 (89)
Disability compensation		34 (94) ^a
Education		
Secondary school		15 (34)
College and technical training		23 (52)
University		6 (14)
Number of months since trauma	13.46 (20.34)	
Types of workplace trauma		
Accident/disaster		9 (20)
Victim of violence		27 (61)
Witness injury/death		8 (18)
CAPS severity	79.05 (14.34)	
Comorbid mental disorders ^b		
Anxiety disorders		20 (46)
Mood disorders		24 (55)
None		11 (25)

Note. CAPS = Clinician administered PTSD scale. ^a $n = 36$. ^b Some participants had more than one comorbid mental disorder.

Table 2

The effect of time on PTSD severity, QoL, functioning, and occupational outcomes during CBT treatment

Variable	T0	T1	T2	T3	T4 (follow-up)	Time effect	
						<i>F</i> (df)	η^2
PTSD severity <i>M</i> (<i>SD</i>)	79.00 (14.17)	70.42 (19.78)	52.78 (29.19)	34.72 (27.94)	38.39 (30.55)	47.89 (2.55)	0.58
Current functioning <i>M</i> (<i>SD</i>)	5.62 (1.46)	5.65 (1.83)	4.47 (2.56)	3.03 (2.12)	3.50 (2.37)	32.58 (4)	0.48
General QoL <i>M</i> (<i>SD</i>)							
Physical health	46.03 (16.51)	50.31 (18.03)	60.60 (17.66)	64.70 (20.35)	63.06 (22.71)	13.12 (2.25)	0.32
Psychological health	38.30 (17.11)	43.57 (15.27)	51.43 (20.59)	57.64 (23.52)	57.64 (22.43)	19.06 (4)	0.40
Social relations	39.29 (16.98)	47.38 (19.15)	53.93 (21.79)	61.92 (21.80)	59.72 (22.11)	13.46 (4)	0.32
Environment	56.71 (14.92)	60.27 (14.29)	66.03 (14.97)	67.14 (15.45)	66.67 (16.34)	12.54 (4)	0.31
Total	44.38 (14.32)	50.38 (13.44)	58.00 (15.68)	62.85 (18.19)	61.77 (18.56)	21.75 (2.33)	0.43
Work-related QoL							
Work satisfaction <i>M</i> (<i>SD</i>)	1.83 (1.02)	2.07 (1.08)	2.80 (1.06)	3.30 (1.26)	3.30 (1.24)	24.20(4)	0.46
Work functioning <i>n</i> (%)							
High	4 (11)	7 (19)	8 (22)	14 (39)	20 (56)	23.39 (4) ^a	<i>n/a</i>
Employment status <i>n</i> (%)							
Working	5 (14)	5 (14)	6 (17)	12 (33)	18 (50)	31.90 (4) ^a	<i>n/a</i>

Note. *n* = 36. *n/a* = not applicable^a Cochran's *Q* (χ^2 (df)). All time effects are significant at *p* < .001.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion générale à propos des résultats obtenus par le programme de recherche doctorale. La première section de la discussion résume tout d'abord les observations rapportées par la recension systématique des études évaluant la QV chez les victimes d'un événement traumatique ayant développé un ESPT. Par la suite, une autre section offre une synthèse des principaux résultats obtenus au sein des deux volets de l'étude empirique. Les sections suivantes abordent les implications cliniques, ainsi que les limites et les forces du projet de recherche. Enfin, la dernière section propose des pistes de recherches futures, ainsi qu'un plan de transfert des connaissances.

5.1 Synthèse des résultats

L'objectif principal du programme de recherche consistait à approfondir les connaissances à propos de la QV vécue par des employés souffrant d'un ESPT à la suite d'un événement traumatique au travail, avant, pendant et après une intervention psychologique. Les objectifs plus spécifiques incluaient: 1) la mise à jour des connaissances sur le sujet; 2) l'identification d'un portrait détaillé des conséquences vécues par les travailleurs à la suite d'un trauma en termes de type d'événements

traumatiques, d'intensité de l'ESPT et du niveau de QV (évaluation avant traitement); 3) l'observation de l'évolution des symptômes post-traumatiques et de la QV pendant et après une TCC pour traiter l'ESPT; et 4) l'exploration des relations transversales et longitudinales entre l'ESPT et la QV (qui seront détaillées à l'intérieur des sections portant sur l'objectif 2 et 3, respectivement).

5.1.1 Recension systématique des études

La recension systématique a permis de constater que ce champ d'études semble en pleine progression. En effet, de plus en plus de recherches semblent s'effectuer auprès non seulement des travailleurs dits à haut risque de vivre des événements traumatiques sur leur lieu de travail (p. ex., les soldats, les policiers), mais également auprès d'autres types d'employés (p. ex., employés dans les services de transport, travailleurs des services publics). Plusieurs constats sont révélés par la recension des écrits, soit: 1) un faible niveau de QV de vie chez les travailleurs de divers métiers ayant développé un ESPT en lien avec leur emploi; 2) la sphère de vie la plus affectée correspond à celle liée au travail; 3) la QV semble se détériorer avec le temps lorsque les symptômes d'ESPT persistent; et 4) une diminution des symptômes et une augmentation du niveau de QV sont observées à la suite d'une intervention psychologique pour traiter l'ESPT.

En conclusion, cette recension permet d'appuyer le lien négatif entre les symptômes de l'ESPT et la QV des employés exposés à un événement traumatique au travail et l'effet positif d'une intervention psychologique sur leur rétablissement. De plus, elle souligne la pertinence de considérer les aspects organisationnels (p. ex., le statut d'emploi, la satisfaction de ses capacités de travail) dans l'évaluation de la QV chez la population des travailleurs.

Cependant, il faut interpréter ces résultats avec prudence, car cette recension fait également ressortir plusieurs lacunes conceptuelles et méthodologiques concernant les études recensées qui affectent la validité et la fiabilité des interprétations et conclusions. Tout d'abord, chaque étude se concentre sur une seule population de travailleurs, limitant les comparaisons des résultats entre les divers types d'employés. De plus, étant donné que les études longitudinales ont pour la plupart porté que sur l'évaluation de militaires et vétérans de guerre, nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus quant à l'amélioration de la QV à la suite d'une psychothérapie pour l'ESPT à l'ensemble de la population des travailleurs exposés à des événements traumatiques.

Certaines études n'utilisent qu'un questionnaire auto-administré afin d'évaluer la présence du diagnostic de l'ESPT. De surcroît, nous avons observé une très grande hétérogénéité au niveau de la conceptualisation et de l'évaluation de la QV au sein des études répertoriées. Les chercheurs utilisent une grande variété de termes liés à la QV (p. ex., bien-être, fonctionnement, niveau d'invalidité, satisfaction de la vie), en plus d'une absence notable de définition (opérationnelle ou non), ce qui crée une confusion quant aux conclusions que nous pouvons y dégager. Parfois, l'évaluation de la QV s'est limitée à la mesure de la satisfaction d'un individu quant à sa santé (physique et mentale). Pourtant, le concept de QV inclut d'autres domaines tout aussi pertinents à considérer, comme la vie sociale, professionnelle ou encore la satisfaction par rapport aux conditions de vie.

5.1.2 Synthèse des résultats du programme de recherche

C'est en se basant sur l'examen des divers constats observés par la recension systématique des écrits scientifiques que le projet d'étude de cette thèse a été élaboré,

en tentant de remédier à certaines lacunes provenant des études antérieures. En ce sens, nous avons décidé d'inclure dans notre échantillon une grande diversité de travailleurs, l'administration d'une entrevue semi-structurée afin d'évaluer le diagnostic d'ESPT, fournir une définition précise de la QV, et mesurer la QV à l'aide d'instruments valides évaluant différents aspects de sa conceptualisation, dont une mesure spécifique à la QV liée au travail.

Rappelons que dans le cadre de ce projet de recherche doctorale, la QV est conceptualisée comme étant la satisfaction qu'a un individu de sa vie en fonction des normes de sa culture et de son système de valeurs personnelles (selon le modèle théorique satisfaction/importance), et de la perception du niveau de fonctionnement dans plusieurs sphères de vie (modèle théorique des rôles sociaux).

5.1.2.1 Portrait clinique des employés exposés à des événements traumatiques au travail

Tout d'abord, l'étude montre que certains employés semblent plus sujets à être exposés à des types particuliers d'événements traumatiques au travail. Par exemple, les employés travaillant dans la vente et le service à la clientèle semblent être plus fréquemment victimes d'agression à main armée. On retrouve également un plus grand nombre d'agressions verbales ou physiques de la part des clients ou patients chez les professionnels en santé et services sociaux. Les travailleurs manuels (domaine manufacturier ou de construction) sont plus sujets à vivre des accidents impliquant des blessures graves dues à leurs tâches professionnelles potentiellement dangereuses. Enfin, les employés des services d'urgence ou de protection sont plus fréquemment témoins de blessures graves ou de la mort d'autrui. De plus, certains types d'événements traumatiques semblent être vécus dans presque tous les milieux

de travail, tel que le harcèlement (psychologique ou sexuel). La violence au travail constitue le type d'événement traumatique le plus fréquent parmi l'ensemble des participants, ce qui concorde avec les résultats d'autres études (p. ex., MacDonald *et al.*, 2003; Mayhew et Chappell, 2007). Toutefois, il importe de souligner que la généralisation de nos résultats demeure limitée en raison de la faible taille échantillonnale par catégorie d'emploi et donc, de la fréquence restreinte des types d'événements rapportés dans chaque catégorie d'emploi.

Nos résultats montrent également les répercussions majeures que peut subir un employé souffrant d'ESPT à la suite d'un événement traumatique survenu au travail. En effet, un niveau d'intensité élevé des symptômes d'ESPT et une piètre QV (incluant satisfaction de vie générale, niveau de fonctionnement actuel et QV au travail) sont observés. De plus, environ 75% des participants présentent un trouble anxieux ou dépressif comorbide à l'ESPT¹. Près de 90% de l'échantillon sont en arrêt de travail en raison de l'exposition à un événement traumatique au travail. Les répercussions négatives sur l'ESPT et la QV sont également observées dans d'autres études portant sur divers types d'employés exposés à un événement traumatique, tel que déjà rapporté.

Dans notre étude, les scores obtenus spécifiquement sur la mesure de la QV générale sont en dessous des normes de la population générale (Hawthorne, Herrman et Murphy, 2006) et des normes d'une population ayant une maladie chronique (Baumann *et al.*, 2010), mais similaires à ceux obtenus chez les membres du personnel d'armée souffrant d'ESPT (Guay *et al.*, 2015) (voir le tableau 1 ci-dessous).

¹ Les résultats portant sur la fréquence de troubles concomitants à l'ESPT incluent autant les troubles pouvant s'être développé en raison de l'événement traumatique, que ceux qui faisait déjà partie du portrait clinique du travailleur avant l'exposition au trauma. Malgré cette nuance, cette statistique permet d'obtenir un portrait global de la santé mentale de cette population.

Tableau 1

Moyennes et écarts-types des scores obtenus par diverses populations au WHOQOL-BREF (4 sous-échelles)

	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Population de travailleurs souffrant d'ESPT (la présente étude)	45,8 (16,6)	38,3 (17,3)	41,2 (19,4)	56,8 (14,9)
Population générale (Hawthorne <i>et al.</i> , 2006)	73,5 (18,1)	70,6 (14,0)	71,5 (18,2)	75,1 (13,0)
Population avec maladie chronique (Baumann <i>et al.</i> , 2010)	66,4 (s.o.)	64,9 (s.o.)	71,5 (s.o.)	s.o.
Population de soldats souffrant d'ESPT (Guay <i>et al.</i> , 2015)	39,0 (s.o.)	37,7 (s.o.)	41,1 (s.o.)	52,8 (s.o.)

Note. s.o.: sans objet. Baumann *et al.*, (2010) ne mentionnent pas les écarts-types dans leur article et ne sont donc pas indiqués dans le tableau. Une transformation des scores obtenus par l'étude de Guay et collaborateurs (2015) a été effectuée (c.-à-d. que le score a été transféré sur une échelle de 100) afin de permettre de meilleures comparaisons.

Un autre des objectifs de la présente étude consistait à vérifier si les mesures d'impact retenues divergeaient entre les travailleurs de métiers distincts. Rappelons que les métiers ont été divisés en cinq catégories en se basant sur la catégorisation élaborée par Statistique Canada : administration et gestion, vente et service à la clientèle, services de santé et services sociaux, services d'urgence et de protection, métiers manuels (p. ex., manufacture, construction) et services de transport. La taille échantillonnale de chaque de ces groupes était plutôt petite ($n = 4$ à 14), ce qui a pu réduire la puissance statistique lors des analyses de comparaison.

Néanmoins, nos résultats montrent des scores similaires pour l'ensemble des travailleurs sur l'intensité des symptômes d'ESPT et sur toutes les mesures de la QV, ce qui signifie que les travailleurs semblent vivre avec la même intensité les diverses conséquences négatives à la suite d'une exposition à un événement traumatique au travail, peu importe leur milieu de travail ou le type d'événement vécu. Une seule exception : les employés de métiers manuels et de transport rapportent être moins

satisfaits de leur santé psychologique et de leurs conditions de vie que les employés des services d'urgence et de protection. Certaines conditions peuvent avoir favorisé une meilleure adaptation psychologique suite au trauma chez ces derniers, comme le fait que leur statut socioéconomique moyen puisse être plus élevé (Statistique Canada, s. d.), leur formation pouvant les préparer à la présence de troubles de santé mentale ou d'autres situations potentiellement difficiles au sein de la population. Leur sentiment d'utilité lorsqu'ils ont apporté de l'aide à quelqu'un dans le cadre de leur travail pourrait en outre avoir favorisé une meilleure résilience face aux traumas potentiels associés à leur travail. Enfin, ces explications hypothétiques exigent d'être vérifiés ultérieurement.

5.1.2.2 Relation prévisionnelle entre l'ESPT et la QV (analyse transversale)

Le projet de recherche visait également à explorer à quel point l'intensité de l'ESPT peut prédire le niveau de QV expérimenté par les victimes d'un trauma au travail, afin de mieux documenter la relation entre ces deux variables. Les résultats d'une analyse de régression linéaire multiple identifient l'intensité de l'ESPT comme un facteur prévisionnel du niveau de fonctionnement actuel et de QV générale. Toutefois, lorsque la variable de dépression majeure comorbide est entrée dans l'analyse, elle semble expliquer à elle seule la variance observée dans le niveau de QV générale. Ainsi, la présence de symptômes dépressifs concomitants à l'ESPT affecterait de façon importante le niveau de QV générale d'une personne. La comorbidité dépressive constitue donc un facteur important à considérer dans la relation ESPT-QV chez les travailleurs de divers métiers exposés à un trauma au travail. Par ailleurs, ces résultats sont corroborés par des études effectuées auprès de vétérans canadiens et américains (Jakle, 2009; Mancino *et al.*, 2006; Richardson *et*

al., 2008) et de civils victimes de violence (Araújo *et al.*, 2014; Pagottoa *et al.*, 2015).

De plus, les résultats montrent que l'intensité de l'ESPT prédit significativement le statut d'emploi et la satisfaction au travail, mais ne semble pas associé au fonctionnement au travail. Ces résultats diffèrent légèrement de ceux de l'étude de Schurr et Lunney (2011) auprès de 253 soldats : l'intensité de l'ESPT serait un prédicteur du statut d'emploi, de la satisfaction et du fonctionnement au travail. Il se peut que la différence dans les résultats soit attribuable à l'affaiblissement de la puissance statistique engendré par la dichotomisation de la variable fonctionnement au travail, originalement continue. Enfin, d'autres études sont nécessaires afin d'examiner la QV au travail et ses relations avec la présence d'ESPT.

5.1.2.3 Évolution des symptômes et de la QV pendant et après une TCC pour l'ESPT

Quel est l'effet d'une TCC visant à traiter l'ESPT sur l'intensité des symptômes et le niveau de QV expérimenté par les travailleurs victimes d'un trauma sur les lieux de travail? D'emblée, les résultats obtenus permettent d'observer une diminution statistiquement et cliniquement significative de l'ESPT, avec une ampleur de l'effet élevée ($\eta^2 = 0.58$) et une diminution significative pré-post du nombre de participants n'ayant plus de diagnostic clinique d'ESPT². Les résultats montrent également une augmentation statistiquement significative de la QV, autant sur les mesures de la QV générale, du niveau de fonctionnement actuel et de la QV au travail. Les gains thérapeutiques de toutes les variables d'impact se maintiennent six mois plus tard.

² 36 participants ont un diagnostic d'ESPT au pré-test; 10 ont encore le diagnostic au post-test; test McNemar, $p < .001$

Ces résultats concordent avec les observations de plusieurs études, recensions et méta-analyses portant sur l'efficacité d'une intervention cognitive et/ou comportementale dans le traitement de l'ESPT sur la diminution des symptômes (Foa *et al.*, 2008; Mendes *et al.*, 2008; Powers *et al.*, 2010), l'amélioration du fonctionnement quotidien (Jonas *et al.*, 2014), de la QV générale (Hofmann, Wu et Boettcher, 2014) et de la QV au travail (Phillips, Bruehl et Harden, 1997; Schnurr et Lunney, 2012).

Bref, les résultats obtenus dans notre recherche sur les mesures d'impact à la suite de la TCC semblent plutôt similaires à ceux d'autres études. Toutefois, à notre connaissance, seules des études réalisées auprès de soldats ou vétérans souffrant d'ESPT (une exception concerne l'étude de cas (Phillips *et al.*, 1997)) ont porté leur attention sur l'évaluation de la TCC pour l'ESPT lié au travail sur l'amélioration du niveau de la QV. Ainsi, le programme de recherche de cette thèse est original et unique en évaluant l'effet de la TCC auprès d'une variété de travailleurs souffrant d'un ESPT provoqué par un événement traumatique survenu au travail, ainsi qu'en incorporant l'évaluation de plusieurs aspects de la QV au sein d'une même étude, permettant une meilleure généralisation des résultats.

Malgré ces résultats forts encourageants, une certaine portion de participants semble avoir moins bénéficié du traitement. En effet, environ 30% des participants de l'échantillon (11 participants) remplissent toujours les critères diagnostiques de l'ESPT six mois après la thérapie. De plus, près de la moitié des participants se situent à plus ou moins un écart-type des scores moyens de la population générale sur la mesure de la QV générale à l'évaluation de suivi.

Il est possible que le nombre de séances allouées pour le traitement de l'ESPT n'ait pas été suffisant pour ces individus. D'autres facteurs peuvent être à l'origine de ces

résultats, entre autres: un niveau initial très élevé de comportements d'évitement, une réticence du patient à la pratique des exercices d'exposition, des sentiments de forte intensité reliés à la colère (p. ex., envers l'employeur) ou la culpabilité (p. ex., se sentir responsable de la survenue de l'événement), la présence de troubles mentaux concomitants pouvant avoir interféré avec le traitement de l'ESPT ou le processus d'amélioration de la QV, la présence de multiples traumatismes dans l'histoire de vie du patient, ou encore l'existence de gains secondaires (Brillon, 2010; Foa, Hembree, et Rothbaum, 2007; Rosen et Grunert, 2012).

Dans notre étude, nous avons observé un taux de retour au travail de l'ordre de 29% post-traitement et 48% six mois plus tard, ce qui a été montré statistiquement significatif. De plus, notre étude montre que les changements dans le statut d'emploi ne sont pas reliés significativement à la modulation des symptômes d'ESPT pendant et après la thérapie, ce qui signifie que malgré une diminution importante de l'intensité de l'ESPT, on ne peut pas s'attendre à ce que l'individu retourne automatiquement sur le marché du travail pendant ou après la psychothérapie. En effet, 25 participants dans notre étude ne présentaient plus d'ESPT à l'évaluation du suivi post-traitement; toutefois seulement 18 d'entre eux ont mentionné avoir un statut d'emploi actif. Considérant ces faits, il devient justifié de se questionner sur les raisons ayant freiné le retour au travail de certains participants de l'étude.

Plusieurs explications peuvent être envisagées. Il est possible que la présence de limitations dues à des blessures physiques survenues lors de l'événement traumatique, la présence de douleur importante, ou encore la présence de troubles mentaux concomitants non traités puisse limiter la capacité de l'employé à retourner sur le marché du travail. De plus, un employé qui aurait peur du jugement de ses collègues ou de ses supérieurs en raison de la stigmatisation souvent présente envers les troubles mentaux pourrait constituer une autre raison freinant son retour au travail

(Stuart, 2011). Si l'employé perçoit, à raison ou à tort, que son milieu de travail n'est toujours pas sécuritaire, celui-ci pourrait tenter de maintenir son arrêt de travail par peur de vivre un nouvel accident (Bolton *et al.*, 2004; Penk, Drebing et Schutt, 2002). En outre, si le lieu de travail génère un niveau d'anxiété toujours élevé, il est fort probable que l'employé essaiera d'éviter de retourner travailler.

Le rétablissement professionnel de certaines victimes peut également exiger l'établissement d'accommodements temporaires aux conditions de travail (p. ex., retour progressif, allègement des tâches de travail). Certaines organisations sont plus ou moins enclines à les offrir pour des raisons de faisabilité ou financières (Lemieux, Corbière et Durand, 2011). Il est également possible que la perception de l'employé sur les possibilités d'accommodements offerts par son milieu de travail influence sa motivation à retourner travailler. Par exemple, si un employé perçoit qu'il sera difficile d'obtenir des accommodements à son retour au travail et qu'il en ressent le besoin, il est probable qu'il sera montrera moins enclin à s'engager dans un processus vers le retour au travail. De plus, l'employeur peut se montrer mécontent de la survenue de l'accident et de son impact sur l'entreprise, générant un manque de collaboration avec les agents impliqués dans le rétablissement de l'employé et contribuant au ralentissement du processus de retour au travail (Defraia, 2013).

Dans le même ordre d'idées, notre protocole d'intervention ne comportait aucune stratégie spécifique ciblant la réinsertion professionnelle des patients. Une investigation supplémentaire *a posteriori* de type qualitatif auprès des cliniciens du programme de recherche a permis de constater que certaines stratégies avaient été appliquées à l'occasion afin d'aider le patient dans son processus de retour au travail lorsque nécessaire. Par ailleurs, ils ont mentionné que le nombre de séances du protocole d'intervention leur semblait plutôt insuffisant, ne permettant pas d'inclure

systématiquement des stratégies supplémentaires ciblant la réinsertion professionnelle.

Un taux moyen de retour au travail élevé (85%) a été rapporté par une récente recension des écrits portant sur les travailleurs blessés au travail ayant suivi une thérapie comportementale pour l'ESPT. Les études incluses dans la recension avaient appliqué des stratégies spécifiques visant la réinsertion professionnelle (Stergiopoulos *et al.*, 2011), ce qui diffère de notre protocole d'intervention. En conclusion, de nombreuses raisons peuvent expliquer le taux de retour au travail obtenu. Toutefois, cette liste d'explications hypothétiques demeure non exhaustive et demande à être considérée dans l'évaluation du retour au travail à la suite d'une psychothérapie pour l'ESPT.

5.1.2.4 Relations entre les symptômes et la QV pendant une TCC pour l'ESPT

Des analyses approfondies à propos du changement de l'ESPT (c'est-à-dire de la diminution de l'intensité de l'ESPT) et celui de la QV (c'est-à-dire l'augmentation de la QV) pendant le processus thérapeutique ont été réalisées. Premièrement, les résultats permettent d'observer des améliorations significatives entre chaque application d'une des stratégies d'intervention, et ce, autant pour l'intensité de l'ESPT que pour le niveau de la QV générale, du fonctionnement actuel et de la QV liée au travail. Une seule exception: le niveau de fonctionnement actuel des participants semble s'améliorer un peu plus tardivement dans la thérapie, soit durant l'application de la deuxième stratégie (exposition en imagination). Les analyses effectuées ne permettent toutefois pas d'identifier si les améliorations observées sont dues à l'effet unique de chaque composante de la thérapie, ou qu'ils reflètent l'effet additif des

stratégies tout au long de la thérapie. Étant donné l'aspect novateur de ces résultats, ils demandent à être appuyés par de prochaines recherches.

Deuxièmement, les résultats de notre étude permettent de constater une amélioration synchrone des symptômes d'ESPT et de la QV pendant la thérapie. Plus précisément, l'intensité des symptômes d'ESPT semble en général progresser durant le processus thérapeutique de façon simultanée avec l'augmentation du niveau de QV générale, celui du fonctionnement actuel, de la satisfaction au travail et du fonctionnement au travail. Les résultats de notre étude sont par ailleurs en concordance avec d'autres recherches qui observent également un changement synchrone des symptômes d'ESPT et de la QV générale au cours d'une TCC (Crits-Christoph *et al.*, 2008; Schnurr *et al.*, 2006).

Cependant, aucune étude à ce jour ne semble avoir examiné les associations entre les changements des symptômes d'ESPT et ceux de la QV liée au travail pendant une thérapie pour les victimes d'événements traumatiques au travail. Néanmoins, nos résultats semblent partiellement soutenus par Taylor, Wald et Asmundson (2006) qui ont effectué des analyses similaires auprès d'une population souffrant d'ESPT en raison de l'exposition à n'importe quel type d'événement traumatique. Leurs résultats montrent que les changements sur le plan symptomatologique sont associés au changement dans le niveau de fonctionnement au travail.

Considérant les résultats énoncés précédemment, nous avons tenté d'expliquer brièvement l'évolution des symptômes d'ESPT et de la QV pendant le processus thérapeutique. Tout d'abord, la psychoéducation vise à faire acquérir au patient une meilleure compréhension de l'ESPT et du traitement, ce qui peut modifier la perception du patient par rapport à sa condition actuelle et par le fait même, diminuer

une anxiété générale liée à la présence des symptômes, favoriser l'émergence d'un espoir de rétablissement et modifier favorablement l'évaluation du niveau de QV.

Toutefois, il semble que ce soit trop tôt pour que l'individu commence à s'activer plus concrètement dans son quotidien et augmenter suffisamment son niveau de fonctionnement général. Ce processus se réaliserait un peu plus tard dans la thérapie, en fonction de l'intégration des notions apprises lors du traitement et de l'amélioration sur le plan clinique (p. ex., un individu, observant une diminution de son anxiété générale, sera plus porté à sortir de chez lui et à commencer à intégrer des activités au quotidien).

Par ailleurs, les stratégies d'exposition en imagination et *in vivo* sont reconnues pour avoir un effet notable dans la réduction de l'anxiété liée aux rappels de l'événement traumatique et des comportements d'évitement. La réduction même de l'anxiété peut mener à la perception d'un meilleur bien-être, en fonction des gains observés en cours de thérapie. La diminution de l'anxiété et la perception de plus en plus réaliste quant au niveau de menace de danger dans l'environnement peut également contribuer à l'augmentation de la motivation du patient à s'activer davantage, augmentant ainsi son niveau général d'activités et influençant positivement sa perception de QV. De plus, un sentiment d'avoir un meilleur contrôle sur la prise en charge de leur situation peut également contribuer à une augmentation du niveau de QV perçu par les patients.

Enfin, la prévention de la rechute permet pour sa part d'établir des moyens qui pourront être utilisés à plus long terme afin de réduire davantage ou de maintenir l'intensité des symptômes ressentis et pareillement, maintenir un bon niveau de QV. Ces explications hypothétiques demeurent toutefois à être validées empiriquement.

5.2 Implications cliniques

Dans la section précédente, les résultats du programme de recherche montrent: 1) l'effet négatif que peut avoir le fait d'être exposé à un événement traumatique au travail et le développement subséquent d'un ESPT dans la vie d'une personne; 2) l'effet positif de la TCC sur la diminution des symptômes d'ESPT et l'amélioration de la QV (incluant la QV générale, le niveau de fonctionnement actuel et la QV liée au travail). Par contre, une portion de participants présentent encore un diagnostic d'ESPT en post-traitement, ainsi qu'une faible QV et un statut d'arrêt de travail; 3) et la relation étroite entre l'ESPT et la QV et leur évolution simultanée au cours d'un processus thérapeutique.

Quelles sont donc les implications cliniques que l'on peut établir à la lumière de ces constats ? Cette section abordera principalement les stratégies d'intervention pouvant être appliquées auprès de travailleurs traumatisés, en lien avec les symptômes d'ESPT, la QV générale, le niveau de fonctionnement actuel et la QV liée au travail. Nous croyons également qu'il importe d'aller au-delà du traitement psychologique, en développant des stratégies de prévention afin de diminuer les risques que se produise un événement traumatique en milieu de travail et de réduire les conséquences associées si un travailleur en est exposé. Ainsi, les implications cliniques seront décrites en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire (voir le tableau 2 à la fin de la section pour une synthèse des stratégies préventives).

Les informations mentionnées dans les prochains paragraphes se basent sur les conclusions du présent programme de recherche, mais également à partir des données récentes provenant d'autres études dans le domaine. Les recommandations qui sont proposées s'adressent autant aux cliniciens, aux agents de réadaptation d'organismes

de tiers payeurs (p. ex., de la CSST), aux intervenants travaillant directement dans les milieux de travail, ainsi qu'aux dirigeants des organisations³. Il faut noter, toutefois, que ces suggestions sont énoncées de façon générale et très sommaire, ne pouvant tenir compte de chacune des procédures de gestion des événements spécifiques et propres à chaque organisation.

5.2.1 Prévention primaire

La prévention primaire vise à intervenir auprès de l'organisation et des travailleurs afin de prévenir la survenue d'événements traumatiques potentiels et prévenir les conséquences négatives chez un individu qui en serait malencontreusement exposé. Ainsi, un milieu professionnel devrait établir des règles claires quant aux mesures de sécurité pouvant être appliquées afin d'assurer un environnement de travail sain et sécuritaire pour les employés (Penk, Drebing et Schutt, 2002). Des vérifications régulières pourraient être réalisées quant à ses mesures de sécurité, particulièrement dans les milieux professionnels impliquant des contacts avec des objets potentiellement dangereux, des contacts avec le public ou des tâches impliquant la manutention d'argent et l'application de règlements (Vézina et St-Arnaud, 2011).

De plus, les programmes de prévention pourraient inclure des formations auprès des employés et employeurs dans le but de les informer et conscientiser sur la possibilité d'un événement traumatique au travail, les différents types et les conséquences liées, entre autres, le développement de symptômes post-traumatiques, dépressifs et la diminution de la QV. Une meilleure connaissance de ces aspects pourrait être aussi

³ Le terme « employeur » est utilisé de façon uniforme dans les prochains paragraphes afin de simplifier la lecture, mais désigne toute personne responsable de l'employé traumatisé (p. ex., supérieur immédiat, directeur général, agent des ressources humaines, etc.).

bénéfique pour les employeurs, qui seraient plus en mesure d'encadrer adéquatement un employé victime d'un trauma au travail, que pour les travailleurs eux-mêmes, à mieux comprendre ce qui leur arrive ou mieux comprendre les réactions d'un collègue qui en serait victime et ainsi, diminuer la stigmatisation (Lemieux, Corbière et Durand, 2011).

5.2.2 Prévention secondaire (ou intervention immédiate et post-immédiate)

Deux phases sont observées chez la plupart des individus exposés à un événement traumatique: la phase d'impact immédiat et post-immédiat (Marchand, Bousquet des Groseilliers et Brunet, 2006). La première phase débute lorsque la personne victime d'un traumatisme se sent en sécurité et dure deux à trois jours. Durant cette phase, il est important de soutenir la personne, sans intervenir directement. En effet, celle-ci n'est pas vraiment apte à bénéficier d'interventions thérapeutiques, étant encore « sous le choc ».

Le soutien de l'employeur, d'un intervenant affilié au milieu de travail, ou d'un pair-aidant (collègue ayant déjà vécu un événement similaire) pourrait donc inclure les éléments suivants: écoute empathique, brève discussion sur les réactions psychologiques possibles et les conséquences sur la capacité de travail ou d'autres sphères de vie, assistance dans l'établissement du contact avec leur réseau social, diffusion d'information sur les ressources d'aide disponibles (p. ex., programme d'aide aux employés, aide juridique) et la possibilité d'accommodements temporaires pour l'employé (p. ex., congé de quelques jours, allègement des tâches). Il est important que l'employeur se concentre sur le rétablissement de son employé, et non sur sa performance au travail dans les jours suivant l'événement (Defraia, 2013; Strauser, 2008). De plus, il est important que l'employeur prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer que les lieux de travail ou tâches professionnelles sont à

nouveau sécuritaires ou remédier à la situation dans les plus brefs délais. Le cas contraire est associé à un maintien de la détresse des employés (Penk, Drebing et Schutt, 2002).

La phase suivante, appelée phase post-immédiate ou aiguë, concerne principalement les premières semaines (une à quatre) suivant l'événement. Durant cette phase, la personne est plus disposée à recevoir des interventions thérapeutiques brèves, dont le but est de prévenir le développement de troubles mentaux, en particulier l'ESPT (Marchand, Bousquet des Groseilliers et Brunet, 2006). Avant d'offrir une intervention préventive, les intervenants ou employeurs formés devraient faire une évaluation initiale (ou dépistage) afin d'identifier si l'employé victime d'un trauma en a bel et bien besoin. En effet, la plupart des victimes d'un trauma s'adaptent très bien après l'événement, malgré la présence de fortes réactions post-traumatiques immédiates (Martin, Germain et Marchand, 2006).

Le dépistage devrait inclure la vérification de la présence de symptômes d'état de stress aigu (c.-à-d., symptômes post-traumatiques présents entre 48 heures après l'événement et 1 mois plus tard; diagnostic distinct de l'ESPT (APA, 2013)), ainsi que la présence de certains facteurs de risque et de protection (p. ex., intensité élevée de l'événement ou des réactions physiques d'anxiété, des émotions négatives ou des réactions de dissociation au moment du trauma, soutien adéquat pendant ou après l'événement) (Martin, 2010; Martin, Germain et Marchand, 2006; Nadeau, 2013). Le dépistage pourrait se faire sous forme de questionnaire validé et bref afin de faciliter l'évaluation, comme l'échelle prédictive d'adaptation au trauma (*Posttraumatic Adjustment Scale*; (O'Donnell *et al.*, 2008) ou encore l'échelle révisée d'impact de l'événement (*Impact of Event Scale – Revised*; (Weiss et Marmar, 1997).

Concernant le type d'intervention préventive pouvant être offerte, les institutions internationales reconnues, telles que le *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE, 2005) et le *Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH, 2013), ne recommandent pas d'offrir une seule séance de débriefing auprès des individus exposés à un trauma. Ainsi, il serait préférable d'offrir à ces personnes une TCC brève et précoce (une à cinq séances), qui pourrait être offerte par les intervenants affiliés au programme de gestion des événements traumatiques, au programme d'aide aux employés ou référés par les agences d'indemnisation (p. ex., CSST). Généralement, la TCC brève et précoce inclut les stratégies suivantes : psychoéducation, gestion des émotions (p. ex., anxiété, culpabilité), mise en place d'un soutien social adéquat, modification des croyances inadéquates et exposition en imagination ou *in vivo* (Marchand, Bousquet des Groseilliers et Brunet, 2006). L'intervention pourrait également inclure des stratégies visant à augmenter ou maintenir une bonne QV (p. ex., encourager la personne à maintenir des activités plaisantes, modifier les perceptions erronées quant aux habiletés à surmonter les difficultés présentes) (Frisch, 2006).

Dans le cas où l'employé continuerait de travailler, l'employeur devrait accepter une flexibilité à l'horaire de travail pour que l'employé puisse assister aux rencontres. De plus, il peut être pertinent d'appliquer certains accommodements temporaires (p. ex., allègement des tâches) en fonction de la condition de l'employé (Strauser, 2008). Dans le cas où l'employé serait en arrêt de travail temporaire et perçoit de son employeur une pression à retourner travailler, il est conseillé de limiter les contacts avec ce dernier. Ceci peut favoriser davantage d'anxiété à cette étape (Lemieux, Corbière et Durand, 2011).

5.2.3 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire concerne les employés dont les réactions post-traumatiques ont persisté au-delà d'un mois et qui ont développé un ESPT. La prévention à cette étape réfère à l'élaboration d'interventions psychologiques basées sur les données probantes provenant d'études cliniques, en vue d'un rétablissement optimal pour le travailleur affecté. D'emblée, il importe qu'un employeur démontre une ouverture quant à la possibilité de recommander ses employés présentant de fortes réactions post-traumatiques à un service interne ou externe spécialisé en stress post-traumatique, en particulier si celui-ci manifeste un intérêt (Penk, Drebing et Schutt, 2002). Afin de faciliter le processus pour l'employé, un système de référence, comme les programmes d'aide aux employés (PAE), devrait être mis en place dans n'importe quelle organisation ou agence d'indemnisation.

Une fois l'employé référé à un intervenant spécialiste, celui-ci devrait débiter par une évaluation des symptômes d'ESPT, ainsi que de la QV. Ces éléments peuvent être examinés verbalement (par entrevue plus ou moins structurée) ou à l'aide d'un questionnaire, par exemple le CAPS (Blake *et al.*, 1995) ou le SCID (First *et al.*, 1996) pour évaluer l'ESPT, et le WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) pour examiner le niveau de QV. Diverses sphères de la vie devraient être évaluées, en plus de la satisfaction par rapport à la santé (physique et mentale). Tel que montré dans notre étude, le niveau de satisfaction et de fonctionnement dans de multiples sphères de vie est affecté par les travailleurs souffrant d'ESPT, au-delà de la santé. Le clinicien pourrait identifier avec le patient les sphères de vie les plus significantes pour celui-ci, afin de maximiser ses interventions et optimiser le rétablissement (Frisch, 2006).

Enfin, l'évaluation devrait aussi évidemment porter sur la QV au travail, incluant les possibilités de retour au travail. De plus, les cliniciens devraient évaluer la présence de troubles concomitants, en particulier la présence d'un trouble de dépression majeure, étant donné son influence dans la modulation du niveau de la QV (voir chapitre III) et de l'ESPT. L'évaluation des symptômes d'ESPT, de la QV et des facteurs de maintien pourrait être réalisée en plusieurs occasions durant le processus thérapeutique, afin de bien suivre l'évolution clinique du patient et réajuster l'intervention au besoin.

Quant au traitement pour l'ESPT, le présent programme de recherche a montré l'effet significatif et l'efficacité que peut avoir une thérapie de type cognitif et comportemental sur la diminution des symptômes et l'amélioration de la QV chez les travailleurs exposés à un événement traumatique au travail. Ces résultats sont appuyés par d'autres recherches portant sur diverses populations, incluant recensions et méta-analyses (p. ex. Hofmann, Wu et Boettcher, 2014; Mendes *et al.*, 2008; Ponniah et Hollon, 2009; Powers *et al.*, 2010). La TCC fait également partie des traitements de choix pour traiter l'ESPT dans les guides de pratique suggérés par les grandes institutions comme l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (Foa *et al.*, 2008), le *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE, 2005) et le *Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH, 2013).

Nous recommandons donc l'application de la TCC auprès des employés souffrant d'ESPT à la suite d'une exposition à un événement traumatique au travail. La durée du traitement devrait être jugée par le clinicien en fonction de chaque patient; nous suggérons toutefois un minimum d'environ 20 séances.

Par contre, il se peut que certains participants bénéficient moins de l'intervention offerte; en exemple, environ 30% de l'échantillon de notre étude ont présenté encore

le diagnostic d'ESPT à la suite du traitement. En lien avec les hypothèses mentionnées, il serait pertinent pour un clinicien d'examiner les raisons pour lesquelles un patient s'améliore peu cliniquement. Plusieurs solutions pour améliorer l'assuétude au traitement peuvent être envisagées.

Tout d'abord, les cliniciens peuvent insérer des stratégies additionnelles ou prolonger la durée de la thérapie si un patient manifeste des comportements d'évitement sévères ou des cognitions dysfonctionnelles persistantes. Qui plus est, le traitement doit toujours être adapté aux difficultés spécifiques du travailleur, à son rythme, à ses besoins. Dans le cas où un patient montrerait une réticence continue à pratiquer les exercices d'exposition ou encore s'il ne semble pas bien répondre à ces exercices, le clinicien peut envisager essayer d'autres formes d'intervention ayant prouvé leur efficacité dans le traitement de l'ESPT, comme la psychopharmacologie, ou encore référer le patient à un autre spécialiste (si le clinicien en charge présentement a épuisé les ressources d'aide qu'il peut apporter à son client).

Si un patient démontre de forts sentiments négatifs (p. ex., colère, culpabilité) qui interfèrent avec le bon déroulement de la TCC, le clinicien pourrait utiliser les stratégies de retranscription et retraitement par l'imagerie mentale (*imagery rescripting and reprocessing therapy*). Il s'agit pour le patient de modifier le scénario de l'événement afin de remplacer les éléments liés aux schémas de vulnérabilité ou de victimisation pour faire place à des éléments montrant une maîtrise de la situation (ou sentiment de contrôle). Ces stratégies auraient montré leur efficacité auprès de la population générale et de travailleurs souffrant d'ESPT (Arntz, Tiesema et Kindt, 2007; Grunert *et al.*, 2008; Rosen et Grunert, 2012). Enfin, le clinicien peut également tenter de traiter conjointement un trouble concomitant qui interfère avec celui de l'ESPT, comme la dépression majeure ou un trouble du sommeil. En bref, il est impératif que le clinicien se questionne quant aux raisons expliquant les difficultés

encourues par certains patients suivant une TCC et qu'il ajuste au besoin son plan d'intervention.

À la lumière des résultats obtenus par notre programme de recherche, il ne semble pas justifié, en règle générale, d'ajouter des stratégies visant l'amélioration de la QV. En effet, nos résultats montrent une amélioration statistiquement significative de la QV après le traitement pour l'ESPT. De plus, considérant le changement simultané entre les symptômes d'ESPT et le niveau de QV durant le processus thérapeutique montré par notre étude, le clinicien peut se concentrer uniquement sur le traitement de l'ESPT pour observer des changements dans le niveau de QV général et le niveau de fonctionnement du patient, sans intervention spécifique à cet effet.

Cependant, tel que mentionné précédemment, près de la moitié des participants se situent à plus ou moins un écart-type des scores moyens de la population générale sur la mesure de la QV générale (voir le tableau dans la section 5.1; Hawthorne, Herrman et Murphy, 2006). Ainsi, pour certains patients en particulier, il leur serait peut-être bénéfique, sur le plan clinique, de recevoir des interventions supplémentaires ciblant l'augmentation de la QV. De futures études devraient donc se pencher sur la question et vérifier si l'ajout de stratégies ciblant la QV lors de la thérapie (en plus du trouble mental) ou lors de séances de suivis à plus ou moins long terme aurait une influence positive sur l'amélioration continue et le maintien des gains thérapeutiques, ainsi que la prévention des rechutes. Les stratégies suivantes pourraient être envisagées, selon le besoin : l'identification des objectifs de vie et de leur importance en fonction des valeurs personnelles, établissement d'attentes réalistes en fonction des standards perçus, modification de la perception erronée envers la condition de vie, résolution de problèmes, restructuration des croyances liées au bonheur et contentement, etc. (voir Frisch (2006) pour plus d'informations).

Enfin, un autre point important à tenir compte dans un traitement chez des victimes d'un trauma au travail souffrant d'ESPT concerne la QV au travail, en particulier le retour au travail. Considérant que le retour au travail a le potentiel de diminuer davantage la détresse des patients en diminuant l'anxiété liée au milieu de travail par principe d'exposition, en les aidant à avoir une routine régulière et un but dans la journée, en diminuant l'isolation sociale, et en favorisant l'estime de soi (Bolton *et al.*, 2004; Lemieux, Corbière et Durand, 2011; Penk, Drebing et Schutt, 2002), il serait donc important que les cliniciens incluent de façon systématique le retour au travail comme un objectif thérapeutique (ce qui n'était pas le cas dans notre protocole de traitement).

L'ajout d'interventions spécifiques visant le retour au travail est d'ailleurs suggéré par une recension des écrits récente, affirmant que les thérapies traditionnelles pour l'ESPT peuvent être limitées dans leur efficacité à cet égard (Stergiopoulos *et al.*, 2011). Le retour au travail, tel que décrit ici, ne correspond pas seulement au retour (optimal) de l'employé au même poste, dans le même milieu de travail; il inclut également la possibilité de changements de poste, de milieux de travail, de réorientations professionnelles ou l'engagement dans des activités bénévoles. En effet, l'employé peut ne pas être en mesure ou ne pas vouloir retourner dans le même environnement de travail et les cliniciens ou tout agent impliqué dans le rétablissement devraient examiner cet aspect avec leurs patients. En effet, un renvoi d'un employé dans un environnement de travail objectivement peu sécuritaire, par exemple, pourrait engendrer une détérioration de la QV liée au travail chez ce dernier, voire une réapparition des réactions post-traumatiques.

Les recommandations qui suivent sont basées sur les données tirées d'un échange informel *a posteriori* avec les cliniciens ayant œuvré lors de notre programme de recherche, ainsi que celles provenant d'études ayant examiné l'efficacité d'un

programme de retour au travail à la suite d'un arrêt de plusieurs semaines (Durand et Briand, 2011). Nous suggérons aux cliniciens d'introduire les stratégies suivantes au moment jugé opportun lors du processus thérapeutique, idéalement lorsqu'une certaine diminution des symptômes d'ESPT est observée. D'emblée, un certain nombre de séances de thérapie supplémentaires (à celui nécessaire pour le traitement ciblant uniquement l'ESPT) devraient être planifiées selon le besoin, afin de bien préparer le patient à retourner travailler, en particulier si celui-ci retourne à l'endroit où s'est produit l'événement traumatique (et si cela demeure réaliste).

Les stratégies ciblant la réinsertion professionnelle du travailleur peuvent se diviser en quatre catégories. Le clinicien devrait identifier avec le patient les obstacles potentiels au retour au travail afin de bien établir son plan d'intervention. L'investigation peut se faire auprès du patient lui-même, en employant des questionnaires selon les besoins (Coutu *et al.*, 2011): l'inventaire des accommodements de travail pour les personnes avec un trouble mental (Corbière et Ptasiński, 2004), l'outil d'identification de la situation de handicap au travail (Durand *et al.*, 2010), ou le questionnaire sur les obstacles au retour au travail et le sentiment d'efficacité pour les surmonter (ORTESES; Corbière, Mercier et Lesage, 2004). De plus, le clinicien peut discuter directement avec les autres agents impliqués dans le rétablissement du patient (employeur, médecin traitant, agent d'indemnisation, etc.).

Deuxièmement, il importe que le clinicien favorise la disposition du travailleur à s'engager pleinement dans le processus de retour au travail. Premièrement, le clinicien peut réaliser une entrevue motivationnelle avec un patient qui se montre ambivalent à retourner au travail. Discuter de l'ambivalence, des avantages et inconvénients du retour et non-retour au travail, ainsi que des valeurs intrinsèques à la personne peut favoriser un meilleur engagement de celle-ci dans le processus thérapeutique. Il peut également favoriser la réactivation des habitudes de vie, au

moyen d'activation comportementale, ou des habiletés de travail par des exercices reliés (p. ex., lecture, jeux de mémoire, activités physiques particulières, simulation de tâches professionnelles).

De plus, des stratégies visant la modification des perceptions, attentes et craintes du travailleur à propos de la reprise du travail peuvent être planifiées. En effet, les employés en arrêt de travail peuvent douter de leurs capacités à reprendre le travail, entretenir des attentes irréalistes quant à leurs premiers jours de travail, ou encore avoir peur du jugement de leurs collègues, de faire d'importantes erreurs, ou revivre un accident au travail. De plus, des exercices de restructuration cognitive, de gestion des émotions et de l'anxiété peuvent être employés lorsque le travailleur entretient des sentiments négatifs à l'égard de l'employeur (p. ex., colère) ou du travail en général. Enfin, le clinicien peut encourager le patient à maintenir un contact avec son employeur, si possible, de façon à ne pas perdre le lien d'emploi (p. ex., demeurer à jour quant aux nouvelles liées au milieu de travail). Il demeure toutefois important que l'employeur n'émette ni jugement ni pression quant à un éventuel retour au travail (Lemieux, Corbière, et Durand, 2011).

Troisièmement, des stratégies ciblant l'engagement actif et une mobilisation du patient face à son retour au travail doivent être considérées dans la thérapie. Ainsi, le clinicien peut planifier des exercices d'exposition au milieu de travail ou au matériel utilisé lors des tâches professionnelles (p. ex., machines, camions de transport de marchandises). L'exposition doit être graduelle, prolongée (jusqu'à ce que l'anxiété diminue) et répétée afin de favoriser le processus d'habituation. L'employé doit reprendre confiance envers son environnement de travail. Le travail doit passer d'une source de crainte à une source de valorisation. Puisque ces exercices d'exposition demandent entre autres de se retrouver sur les lieux du travail, il appert qu'une bonne collaboration entre l'employé, l'intervenant et l'employeur soit établie.

Quatrièmement, il est suggéré au clinicien de planifier des rencontres de prévention de la rechute à moyen et long terme afin d'assurer un suivi quant à la réinsertion professionnelle de l'employé, d'aider ce dernier à faire face aux difficultés pouvant survenir dans les premiers mois de travail et favoriser le maintien en emploi à plus long terme. Le questionnaire ORTESES peut aider à identifier les obstacles ou difficultés persistantes au travail. Des questionnaires peuvent également être administrés afin d'observer l'évolution du travailleur quant à sa QV au travail, incluant son fonctionnement et sa satisfaction au travail (p. ex., le *Work Role Limitations* (Durand, *et al.*, 2004; Lerner *et al.*, 2001), ou l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (Martel et Dupuis, 2006)). L'employeur, de son côté, peut également vérifier l'évolution de son employé et ajuster les conditions de travail en ce sens.

Tableau 2

Lignes directrices concernant l'application de stratégies de prévention lors de la gestion des événements traumatiques en milieu de travail ainsi que leurs répercussions probables

Moment	Objectif principal	Objectifs spécifiques	Évaluation / Questionnaires	Activités de prévention
Prévention primaire				
Avant la survenue d'un événement	Diminuer les facteurs de risque dans l'environnement de travail et prévenir l'ampleur des conséquences en cas d'exposition	Assurer la sécurité des lieux de travail	s.o.	Employeur : <ul style="list-style-type: none">▪ Établir des règles claires sur les mesures de sécurité au travail▪ Faire des vérifications régulières quant à l'application de ses règles
		Augmenter les connaissances sur les traumatismes au travail et leurs conséquences	s.o.	Employeur et employé : <ul style="list-style-type: none">▪ Participer à une formation sur les événements potentiellement traumatiques et leurs conséquences (p. ex., ESA, ESPT, QV)
Prévention secondaire				
Phase d'impact immédiat (0 – 2 à 3 jours suivant l'événement)	Soutien immédiat	Offrir un soutien non interventionniste	s.o.	Employé : <ul style="list-style-type: none">▪ Recevoir du soutien émotionnel et tangible (écoute empathique, psychoéducation sur les réactions post-traumatiques, favoriser le contact avec le réseau social, informer sur les ressources d'aide, mise en place d'accommodements temporaires au travail, etc.)
		Vérifier les mesures de sécurité en place	s.o.	Employeur : <ul style="list-style-type: none">▪ Vérifier les mesures de sécurité et appliquer des modifications à l'environnement de travail au besoin.

Moment	Objectif principal	Objectifs spécifiques	Évaluation / Questionnaires	Activités de prévention
Phase d'impact post-immédiat (2 -30 jours après l'événement)	Soutien post-immédiat: prévenir le développement de symptômes post-traumatiques	Identifier la pertinence d'un soutien interventionniste (dépistage)	<input checked="" type="checkbox"/> Échelle prédictive d'adaptation au trauma ou l'Échelle révisée d'impact de l'événement	Employé : <ul style="list-style-type: none">Participer à une rencontre de dépistage des symptômes de stress aigu et de la présence de facteurs de risque et de protectionRemplir des questionnaires au besoin
		Soutien interventionniste (au besoin)	s.o.	Employé : <ul style="list-style-type: none">Participer à une TCC brève et précoce visant à atténuer les réactions de stress aigu et favoriser la promotion d'un soutien social adéquat de la part des collègues, des proches et de l'organisation
		Soutien organisationnel	s.o.	Employeur : <ul style="list-style-type: none">Si employé en arrêt de travail : limiter les contacts dans les premiers jours et s'assurer de la prise en charge de ceux-ciSi employé travaille toujours : offrir une flexibilité à l'horaire afin d'alléger la charge de travail temporairement ou qu'il puisse assister à des rencontres de soutien
Prévention tertiaire				
À partir d'un mois suivant l'événement	Prévenir la chronicité des symptômes post-traumatiques et favoriser un rétablissement optimal	Évaluation clinique	<input checked="" type="checkbox"/> ESPT: CAPS <input checked="" type="checkbox"/> Troubles concomitants: SCID <input checked="" type="checkbox"/> QV: WHOQOL-BREF	Employé : <ul style="list-style-type: none">Participer à une évaluation clinique afin d'identifier la présence d'un ESPT, des comorbidités psychologiques et la QV.Remplir des questionnaires auto-administrés au besoin
		Offrir une intervention psychologique	s.o.	Employé : <ul style="list-style-type: none">Participer à une TCC ciblant diminution des symptômes et augmentation de QV, incluant des stratégies complémentaires au besoin

Moment	Objectif principal	Objectifs spécifiques	Évaluation / Questionnaires	Activités de prévention
À partir d'un mois suivant l'événement	Si l'employé est en arrêt de travail: Favoriser un retour au travail	Évaluer les obstacles au retour au travail	<input checked="" type="checkbox"/> IATPTM, OISHT, ou ORTESES selon le besoin	Employé : <ul style="list-style-type: none"> Participer à une évaluation à propos des obstacles liés au retour au travail Participer à une entrevue motivationnelle au besoin Remplir des questionnaires au besoin Employeur : <ul style="list-style-type: none"> Collaborer au besoin à l'identification des obstacles et remédier à ceux qui le concernent
		Augmenter la disposition à s'engager dans le processus de retour au travail	s.o.	Employé : <ul style="list-style-type: none"> Participer à une intervention ciblant la réactivation des habitudes de vie et des habiletés professionnelles, la modification des appréhensions liées au retour au travail, la gestion du stress et des émotions Employeur : <ul style="list-style-type: none"> Maintenir un lien d'emploi avec l'employé
		Soutenir l'engagement dans le retour au travail	s.o.	Employé : <ul style="list-style-type: none"> Participer à une intervention centrée sur la pratique d'exercices d'exposition aux éléments anxiogènes liés au milieu de travail Employeur : <ul style="list-style-type: none"> Ouverture quant à la pratique des exercices d'exposition en milieu de travail
		Prévention de la rechute et maintien de l'emploi	<input checked="" type="checkbox"/> QV au travail: <i>Work Role Limitations</i> , ou ISQVT <input checked="" type="checkbox"/> ORTESES au besoin	Employé : <ul style="list-style-type: none"> Participer à des suivis psychologiques à moyen et long terme Employeur : <ul style="list-style-type: none"> Vérifier régulièrement le cheminement de l'employé dans sa réintégration

Note. Les questionnaires sont nommés à titre d'exemple, en raison de leur qualité; d'autres instruments existent et peuvent être utilisés au besoin. s.o.: sans objet. ESA : Etat de stress aigu. ESPT: Etat de stress post-traumatique. QV: qualité de vie. TCC: thérapie cognitive et comportementale. CAPS: *Clinician-Administered PTSD Scale*. WHOQOL-BREF: *World Health Organisation Quality of Life – Brief version*. ISQVT: Inventaire systématique de qualité de vie au travail. IATPTM: Inventaire des accommodements de travail pour les personnes avec un trouble mental. OISHT: Outil d'identification de la situation de handicap au travail. ORTESES: Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter.

5.3 Considérations méthodologiques

5.3.1 Les limites du programme de recherche

Afin d'interpréter les résultats avec précaution et nuance, il convient de mentionner certaines limites inhérentes au programme de recherche. Tout d'abord, en ce qui concerne la recension systématique des écrits (chapitre II), elle visait à relever les données de diverses études portant sur la QV chez les victimes d'un trauma au travail ayant développé un ESPT. Ce faisant, la recension a présenté des données hétérogènes sur la QV, en lien avec la diversité des définitions et des mesures de la QV retrouvée parmi les articles recensés. L'hétérogénéité diminue la validité des conclusions pouvant y être tirées, ce qui constitue la principale limite de la recension des écrits. De plus, la recherche des écrits scientifiques était restreinte aux articles publiés et retracés par les bases de données, engendrant un biais de publication (c.-à-d., en ne considérant pas les données relevées de documents non publiés ou localisables par d'autres moyens de recherche).

Concernant les deux volets de l'étude empirique (chapitres III et IV), la nature corrélationnelle du devis ne permet pas de formuler des inférences causales. L'échantillon est de taille petite à modérée et certains métiers sont sous-représentés (p. ex., les employés des services administratifs et de gestion). Il est donc possible que la puissance de certaines analyses statistiques ait été limitée, particulièrement lors de comparaisons entre les diverses catégories du type d'emploi. L'utilisation d'un échantillon de convenance peut limiter la généralisation des résultats. En effet, la majorité des participants ont été recommandés par la CSST. Il est possible que ces individus possèdent des caractéristiques particulières, par exemple sur le plan motivationnel, qui les différencient d'un autre échantillon.

Les questionnaires et entrevues semi-structurées administrés dans notre étude empirique étaient utilisés dans leur version française et pour la majorité d'entre eux, aucune étude de validation pour traduction n'avait été réalisée. Cependant, de très bonnes qualités psychométriques étaient confirmées auprès de l'ensemble des mesures utilisées dans leur version originale. Les mesures employées pour évaluer la QV reflètent la perception de la part des participants, puisqu'auto-administrés, et peuvent donc présenter des biais en raison de leur aspect subjectif. De plus, la plus large étude dans laquelle notre programme de recherche s'insérait n'avait pas comme but initial d'évaluer la QV au travail. Ainsi, n'ayant pu administrer un questionnaire à cet effet, notre mesure a été constituée d'items spécifiques au travail relevés dans les deux autres questionnaires mesurant la QV (WHOQOL-BREF et l'Échelle de fonctionnement actuel). Ceci limite les conclusions pouvant être énoncées à ce sujet. Enfin, il est difficile de savoir si les résultats obtenus sont généralisables à la population des travailleurs victimes d'un trauma en général, et ce, pour toutes ces raisons.

5.3.2 Les forces du programme de recherche

Malgré la présence de certaines limites, le présent programme de recherche recèle plusieurs forces et avantages. Tout d'abord, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'augmenter la validité de la recension. Nous avons identifié les mots clés de recherche et les critères de sélection par une recherche des écrits préparatoire à notre recension, ainsi qu'ajuster notre grille d'extraction des données en fonction d'un test pilote à partir de deux articles sélectionnés. Nous avons également suivi un processus rigoureux et systématique concernant la sélection des articles et l'extraction des données avec une méthode précise (basée sur les recommandations proposées par

Cochrane (Higgins et Green, 2008)) qui pourrait être aisément reproduite pour des mises à jour éventuelles. L'écriture de l'article s'est également basée sur les indications de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Liberati *et al.*, 2009).

Le programme de recherche empirique constitue le premier, à notre connaissance, à inclure des participants avec des métiers diversifiés (et non portant sur un seul groupe occupationnel). Ceci permet d'obtenir une meilleure représentation des événements traumatiques pouvant survenir dans les milieux professionnels en général. Les participants présentant un trouble concomitant à l'ESPT ou ceux qui prenaient une médication psychotrope pour l'ESPT ont été acceptés dans l'étude afin de mieux représenter la réalité clinique. Nous avons également tenté d'inclure une évaluation complète et appropriée pour notre population du concept de la QV, en incluant à la fois une mesure sur la QV générale, le niveau de fonctionnement actuel et la QV liée au travail. Considérant le flou d'informations autour de cette variable dans les écrits scientifiques, la mesure de la QV dans notre étude se base sur une définition élaborée en fonction de modèles théoriques connus, utilise des questionnaires internationalement reconnus (WHOQOL-BREF) et apporte donc une variété d'informations auxquels un lecteur pourra aisément y interpréter les résultats. De plus, des entrevues semi-structurées ont été employées afin de déterminer la présence d'un diagnostic d'ESPT et de troubles concomitants, diminuant le risque de faux positifs ou faux négatifs.

Le type de recherche sélectionné (prospectif) par le programme d'étude diminue le risque de biais lié à la mémoire des participants et donc, augmente la validité des résultats obtenus. Le devis longitudinal et à mesures répétées a permis d'observer avec précision une certaine trajectoire des variables d'impact durant le processus thérapeutique et six mois plus tard, ce qui est rarement employé dans les études déjà

existantes. Enfin, une force majeure de notre étude empirique concerne sa rigueur méthodologique. En effet, tous les évaluateurs ont été formés et supervisés par des experts en ESPT. Les procédures d'évaluation ont été vérifiées à l'aide d'écoute des enregistrements audio par des experts évaluant le(s) diagnostic(s) établi(s). L'utilisation d'un protocole de traitement détaillé et standardisé a également permis de s'assurer de l'intégrité thérapeutique, jugée excellente (voir chapitre IV pour plus de détails). L'ensemble de ces mesures favorise la validité interne des résultats obtenus. De plus, le protocole de traitement incluait 20 séances, allouant suffisamment de temps pour appliquer adéquatement et pleinement les stratégies d'intervention. Ceci a pu avoir pour effet de réduire les possibilités d'abandon pendant la thérapie. En effet, seulement quatre participants ont abandonné au cours du traitement offert dans notre recherche.

5.4 Pistes de recherche future

5.4.1 Réplication des résultats

Cette étude contribue à l'avancée des connaissances dans le domaine de recherche concernant les employés souffrant d'ESPT en raison d'un événement traumatique ayant lieu à leur travail et concernant la QV. Tel que mentionné dans la recension des écrits (chapitre II), les données sur le sujet sont assez hétérogènes et les études possèdent plusieurs lacunes méthodologiques. En plus de la présente contribution, d'autres études semblent nécessaires afin d'apporter davantage d'appui scientifique aux conclusions énoncées. Par exemple, il serait intéressant de répliquer les résultats obtenus par la présente recherche avec des types de travailleurs qui n'étaient pas ou peu représentés dans notre échantillon, comme les journalistes, ceux travaillant dans

le domaine de la gestion/administration, les soldats ou tout autre membre du personnel de l'armée. De plus, de futures recherches pourraient comparer les résultats post-traitement sur les mesures d'impact, en particulier la QV, avec d'autres types de thérapies (p. ex., ACT) afin de déterminer si la TCC est plus ou moins efficace. Il est également suggéré lors de prochaines études de planifier des suivis à plus long terme (p. ex., un à deux ans post-traitement) afin de mieux observer le maintien de gains thérapeutiques ou encore l'amélioration continue (ou pas) de variables d'impact comme la QV (Bradley *et al.*, 2005).

En ce qui concerne l'évaluation de la QV, il ressort de la recension systématique des écrits que les définitions et mesures de ce concept varient grandement d'une étude à l'autre. Pourtant, les résultats se retrouvent souvent rapportés sous l'appellation générale de la QV. Ce manque de spécificité peut facilement induire en erreur un lecteur quant aux conclusions à tirer. En considérant que l'étude de la QV constitue en soi un défi en raison de son aspect multidimensionnel, il apparaît essentiel que les chercheurs orientent leurs recherches dans le but d'opérationnaliser le concept, afin de pouvoir utiliser éventuellement une terminologie commune et spécifique. En attendant, les auteurs d'articles portant sur la QV devraient s'assurer de définir le concept étudié dans l'article qu'il publie.

De plus, l'évaluation de la QV devrait toujours inclure la perception d'un individu (aspect subjectif) sur diverses sphères de vie (aspect multidimensionnel). Il peut être intéressant d'ajouter à cette évaluation des mesures dites « objectives » (p. ex., le statut conjugal, le revenu moyen, le nombre de membres du réseau social) afin d'obtenir au portrait encore plus réaliste de la situation de vie de la personne. Par ailleurs, la QV d'une personne est presque systématiquement évaluée par questionnaires auto-administrés. Des entrevues qualitatives contribueraient à détailler et enrichir nos données sur la QV. Des informations peuvent être également obtenues

à partir d'investigations auprès de membres de la famille, d'amis, ou de professionnels liés à la personne évaluée.

L'emploi du questionnaire WHOQOL-BREF dans notre étude a permis d'évaluer la QV de façon brève, valide, et universelle. Le questionnaire examine principalement la satisfaction de l'individu en fonction de plusieurs sphères de vie à un moment donné. Les résultats obtenus ne permettent cependant pas de prendre en considération les changements qu'un individu peut faire dans le but de s'adapter à une condition particulière. En effet, lorsqu'une situation se présente, une personne peut modifier à la hausse ou à la baisse ses objectifs à propos d'un ou de plusieurs domaines de vie afin de favoriser une meilleure adaptation (Katshning, 2006). Il serait donc pertinent, en particulier lorsqu'on évalue les changements de la QV dans le temps, de déterminer le but idéal de la personne et à quel point elle pense y être arrivé. On pourrait ainsi voir si une amélioration statistiquement significative de la QV après une thérapie ne serait pas due tellement en raison de l'amélioration de la condition de la personne, mais plutôt de l'ajustement qu'elle aurait effectué à propos de ses buts idéaux dans plusieurs sphères de vie. L'inventaire systémique de la qualité de vie permet entre autres d'avoir accès à ce genre d'information (Dupuis *et al.*, 1989). Cet instrument a d'ailleurs montré sa validité dans l'évaluation de la QV dans le champ de recherche sur la santé (Dupuis *et al.*, 2000; Duquette, Dupuis et Perreault, 1994).

De surcroît, notre programme de recherche s'est inséré dans un plus vaste projet et n'avait pas comme but original d'évaluer la QV au travail. Les prochaines recherches sont encouragées à utiliser des instruments de mesure examinant spécifiquement la QV au travail afin d'augmenter la validité des résultats. Nommons en exemple le *Work Limitations Questionnaire* (Durand *et al.*, 2004; Lerner *et al.*, 2001), ou l'*Inventaire systémique de la qualité de vie au travail* (Martel et Dupuis, 2006).

5.4.2 Nouvelles pistes de recherche

Les résultats de ce programme de recherche ouvrent également la voie à de nouvelles pistes de recherche. En effet, notre étude a identifié l'intensité de l'ESPT et la présence d'un trouble dépressif comorbide comme facteurs prédictifs du niveau de la QV d'un individu ayant été exposé à un trauma au travail. D'autres facteurs pourraient être explorés dans l'analyse de prédiction de la QV, tels que la présence de blessures physiques dues à l'événement, la qualité du soutien social, le type de personnalité, ou encore la stratégie de gestion du stress (*coping*) utilisée. De plus, il serait intéressant pour de futures recherches de déterminer quels facteurs prédisent l'amélioration de la QV à la suite d'une psychothérapie pour l'ESPT. Cette analyse permettrait entre autres de soutenir nos résultats et hypothèses sur l'influence réciproque des changements sur le plan symptomatologique et celui de la QV pendant un processus thérapeutique. Des facteurs non seulement au niveau personnel (c'est-à-dire propres au patient, comme le sentiment d'auto-efficacité), mais également à propos de la thérapie et du thérapeute (p. ex., attentes thérapeutiques, durée de la thérapie, stratégie d'intervention particulière, alliance thérapeutique), ou encore sur le plan organisationnel (p. ex., le soutien perçu de l'employeur) pourraient être examinés.

De plus, la présente thèse dégage l'importance de considérer le retour au travail comme objectif thérapeutique pour les travailleurs souffrant d'ESPT lié à l'emploi. Tout d'abord, de nombreuses hypothèses quant aux obstacles possibles au retour au travail à la suite d'une psychothérapie pour l'ESPT ont été énoncées dans la section 5.1. et elles méritent d'être appuyées empiriquement. De prochaines recherches pourraient aussi développer un protocole de traitement psychologique incluant des stratégies ciblant la diminution de l'ESPT, l'augmentation de la QV et un retour au travail. L'efficacité d'une telle thérapie devrait faire l'objet d'analyses futures. Une

étude randomisée contrôlée (*randomized controlled study*) pourrait être réalisée afin de comparer l'effet d'un traitement avec ou sans stratégies d'intervention ciblant spécifiquement la réinsertion professionnelle sur les mesures d'impact liées au travail (p. ex., la QV au travail) chez les personnes souffrant d'ESPT en raison d'un trauma en milieu de travail. Plusieurs variations pourraient être examinées en comparaison, par exemple en fonction de la durée, l'accent sur un objectif, ou selon le type de thérapie (p. ex., TCC versus EMDR).

5.5 Transfert des connaissances

Plusieurs moyens ont été envisagés afin de favoriser la dissémination des résultats de ce programme de recherche auprès de la communauté scientifique ou du public. Premièrement, les trois articles présents dans cette thèse ont été soumis à des revues scientifiques de renommée internationale afin d'être éventuellement publiés et que les informations soient partagées à travers le monde. De plus, certains résultats de cette thèse ont déjà été présentés à l'occasion de divers congrès en psychologie (présentation par affiche), tels que l'*International Society for Traumatic Stress Studies* et le *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, ainsi que lors d'une animation scientifique présentée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (présentation orale). Des rencontres avec des employeurs intéressés à la problématique pourraient être organisées afin de transmettre l'information pertinente et suggérer des pistes de solutions favorisant la prévention des événements traumatiques au travail et le rétablissement des employés qui en seraient victimes. Enfin, une diffusion d'informations relatives aux événements traumatiques et aux réactions possibles pourrait être réalisée par des communiqués médiatiques afin de sensibiliser les travailleurs et le public général.

5.6 Conclusion générale

La présente thèse a permis d'exposer l'état des connaissances actuelles sur la QV expérimentée par les individus victimes d'un événement traumatique au travail et souffrant d'ESPT, ainsi que les limites conceptuelles et méthodologiques des études existantes. Le programme de recherche a tenté entre autres de remédier à certaines de ces lacunes. En conclusion, les résultats obtenus soutiennent ceux rapportés par d'autres études sur les travailleurs exposés à un trauma au travail quant à l'intensité de l'ESPT et la piètre QV vécue par ceux-ci dans les mois suivants l'événement. Les résultats sont également en accord avec les recherches montrant l'effet significatif de la TCC pour l'ESPT sur la diminution des symptômes et l'augmentation de la QV chez diverses populations.

Par surcroît, notre recherche vient ajouter aux connaissances actuelles en apportant un portrait global des travailleurs en incluant une diversité de types de traumatismes en milieu de travail, ainsi qu'en examinant la QV de façon détaillée, c'est-à-dire en considérant à la fois le niveau de satisfaction générale, le niveau de fonctionnement, ainsi que la QV spécifique au travail. L'importance d'évaluer non seulement la présence de l'ESPT, mais également celle de troubles concomitants (en particulier la dépression majeure) et le niveau de QV est soulignée dans cette thèse. Plusieurs recommandations sont énoncées afin de prévenir la survenue d'un événement traumatique au travail et des conséquences psychologiques chez les travailleurs qui en sont exposés, en plus de rendre le rétablissement des travailleurs souffrant d'ESPT plus optimal, ayant comme cible de traitement à la fois la diminution de l'ESPT, l'augmentation de la QV et un éventuel retour au travail.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ESPT

Critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-IV-TR

Critère A

L'individu a été exposé à un événement traumatisant dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
2. la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur

Critère B

L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
3. impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flashback*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication)
4. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

Critère C

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
2. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
5. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

6. restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
7. sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

Critère D

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
2. irritabilité ou accès de colère
3. difficultés de concentration
4. hypervigilance
5. réactions de sursaut exagérées

Critère E

Le trouble (symptômes évoqués aux critères B, C et D) dure plus d'un mois.

Critère F

Le trouble occasionne une détresse ou une incapacité cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou autre de l'individu.

Préciser si le trouble est :

aigu (les symptômes durent moins de trois mois)

chronique (les symptômes durent trois mois ou plus)

Préciser si les symptômes :

apparaissent tardivement (au moins six mois après l'événement déclencheur)

Critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM 5

Critère A

L'individu a été exposé à la mort ou à une menace de mort, une blessure grave ou une menace de blessure grave, de la violence sexuelle ou une menace à de la violence sexuelle, comme suit :

- 1) Exposition directe
- 2) Être témoin, en personne
- 3) Être témoin, indirectement en apprenant qu'un membre de la famille ou un ami proche a été exposé à un événement traumatique. Si l'événement implique un décès ou une menace de mort, celui-ci a été violent ou accidentel.
- 4) Exposition répétée ou extrême à des détails aversifs d'un ou de plusieurs événements, habituellement expérimentée dans un cadre professionnel (p. ex., les premiers répondants qui rassemblent des parties détachées d'un corps humain, des professionnels exposés de façon répétitive à des détails d'abus infantile). Ceci n'inclut pas l'exposition indirecte non professionnelle via les médias électroniques, la télévision, les films ou des images.

Critère B

L'événement traumatique est constamment revécu, comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

- 1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet
- 2) Rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse
- 3) Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement allait se reproduire (*flashback*), se manifestant sur un continuum d'un épisode bref à la perte totale de conscience
- 4) Détresse intense ou prolongée quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci
- 5) Réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci

Critère C

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, comme en témoigne la présence d'au moins une des manifestations suivantes :

- 1) Efforts pour éviter les pensées ou les sentiments associés au traumatisme
- 2) Efforts pour éviter tous stimuli externes associés au traumatisme (p. ex., activités, lieux, personnes, objets, situations)

Critère D

Changement négatif dans les pensées ou l'humeur qui a commencé à la suite de l'incident ou s'est aggravé depuis, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme
- 2) Croyances ou attentes à propos de soi-même ou du monde négatives et persistantes (ou altérées) (p. ex., « Je suis mauvaise », « Le monde est totalement dangereux »)
- 3) Blâme excessif de soi ou des autres pour avoir causé l'événement ou pour les conséquences qui en ont résulté
- 4) Émotions négatives persistantes liées au traumatisme (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte)
- 5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative
- 6) Sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres
- 7) Restriction des affects, c'est-à-dire incapacité à éprouver des émotions positives

Critère E

Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) Irritabilité ou comportement agressif
- 2) Comportement autodestructeur ou téméraire
- 3) Hypervigilance
- 4) Réactions de sursaut exagérées
- 5) Difficultés de concentration
- 6) Difficultés de sommeil

Critère F

La perturbation (symptômes B, C, D et E) persiste pendant plus d'un mois.

Critère G

La perturbation entraîne une détresse significative ou une interférence importante dans le fonctionnement social, professionnel ou autre.

Critère H

La perturbation n'est pas due aux effets d'une médication, d'un abus de substance ou d'une condition médicale.

Spécifier si : Avec symptômes dissociatifs

En plus de remplir les critères nécessaires au diagnostic, un individu manifeste de hauts niveaux d'au moins une des réactions liées au traumatisme suivantes :

- 1) Dépersonnalisation : Impression d'être détaché de soi-même et d'être un observateur externe (p. ex., sentiment que « ceci n'est pas en train d'arriver », ou sentiment d'être en train de rêver)
- 2) Déréalisation : Impression d'irréalité ou de détachement (p. ex., les choses ne sont pas réelles autour de moi »)

Spécifier si : Avec délai

Les critères diagnostiques ne sont pas satisfaits jusqu'à six mois après l'incident, même si certains symptômes sont apparus immédiatement après celui-ci.

APPENDICE B

ACCUSES DE RECEPTION DES EDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES

Re: Soumission d'un article à JIV

↑ ↓ ×



Christophe HERBERT Ajouter aux contacts 2016-01-19

À : Sophie Lacerte ▼

Madame,

Nous avons réceptionné votre manuscrit intitulé 'Quality of life in workplace trauma victims with posttraumatic stress disorder: a systematic review'. Celui-ci a été envoyé au comité de lecture du JIDV. Vous recevrez son avis sous 2 mois.

Vous remerciant de l'intérêt que vous portez au Journal International De Victimologie.

Cordialement,

Christophe Herbert, Ph.D. (ABD), Dpt of Psychiatry, McGill University

Clinical psychologist, Trauma Clinic

Associate Researcher, ComSanté (Dpt of Communication & Health), University of Quebec At Montreal (UQÀM)

Editor, Journal International De Victimologie

9/6/2015

Message d'impression de Outlook.com

[Imprimer](#)[Fermer](#)

Submission Confirmation for Quality of life in workplace trauma victims seeking treatment for posttraumatic stress disorder

De : em.trm.0.45a24e.74a09b62@editorialmanager.com au nom de Traumatology
(em@editorialmanager.com)

Envoyé : 5 septembre 2015 12:24:25

À : Sophie Lacerte (sophielacerte@hotmail.com)

Dear Ms. Lacerte,

Your submission "Quality of life in workplace trauma victims seeking treatment for posttraumatic stress disorder" has been received by Traumatology.

You will be able to check on the progress of your submission by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://trm.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Best regards,
Editorial Office
Traumatology

15/9/2015

Message d'impression de Outlook.com

ImprimerFermer

Submission Confirmation for Longitudinal analysis of PTSD and quality of life among workplace trauma victims seeking treatment - [EMID:8b576b47e81a5a33]

De : **em.tra.0.45db23.94fc2f4e@editorialmanager.com** au nom de **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy** (em@editorialmanager.com)

Envoyé : 15 septembre 2015 14:53:36

À : Sophie Lacerte (sophielacerte@hotmail.com)

Dear Lacerte,

Your submission entitled "Longitudinal analysis of PTSD and quality of life among workplace trauma victims seeking treatment" has been received by *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://tra.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Best,

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy

APPENDICE C

APPROBATION DU COMITE D'ETHIQUE POUR LE PROJET DE RECHERCHE

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 28 janvier 2009

Monsieur André Marchand Ph. D.
Centre d'étude du trauma**Objet : « Prédicateurs et médiateurs de la psychothérapie pour le Trouble de Stress Post-traumatique (TPST) ». A. Marchand, S. Guay, D. Beaulieu-Provost, G. Belleville.**

Monsieur Marchand,

Suite à la réception des corrections demandées par le CÉR votre projet est maintenant conforme et accepté.

En acceptant ce projet, le CÉR s'attend formellement à ce que vous remplissiez les documents de suivi de projet. Veuillez noter qu'aucun rappel ne sera fait pour les dates de remises des questionnaires. Le premier questionnaire (début du projet) doit nous être acheminé dès le recrutement du premier sujet, le deuxième (suivi du projet de recherche) à tous les six mois et enfin, le dernier questionnaire (Fin du projet) à la clôture de cette étude. Si ces documents ne sont pas complétés de façon satisfaisante, le CÉR n'aura d'autre choix que d'interrompre votre étude.

Veuillez agréer, monsieur Marchand, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Robert Elie, M.D.

Président du Comité d'éthique de la recherche

/cm

c.c. Dre Sonia Lupien, Ph. D. - Directrice de la recherche - Centre de recherche Fernand-Seguin

7331, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3V2
CANADA
Téléphone: (514) 251-4015
Télécopieur: (514) 251-2617

Affilié à l'Université de Montréal

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

CENTRE DE RECHERCHE
FERNAND • SEGUIN
 Hôpital Louis-H. Lafontaine
 CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

INFORMATION

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur le trouble de stress post-traumatique. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE, DÉROULEMENT ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Vous avez été présélectionné(e) pour participer à une étude clinique qui consiste à accroître nos connaissances sur les éléments efficaces de la thérapie cognitivo-comportementale et leur applicabilité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.

La thérapie se déroulera au Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et impliquera 20 séances de 90 minutes, soit une fois par semaine pendant approximativement quatre mois. La thérapie comprendra des stratégies de psychoéducation, de modification des croyances erronées et d'exposition en imagination et *in vivo*.

Dans le cas d'une participation non retenue pour les fins de l'étude ou en cas de retrait précoce de la recherche, les données seront gardées, en toute confidentialité, à des fins de comparaison pour une durée de 7 ans.

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

PHASE I : ÉVALUATIONS**Première partie de l'évaluation (pré-test : T0a)**

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous prendrez part à une première rencontre d'évaluation avec un(e) assistant(e) de recherche, lors de votre visite au Centre d'étude sur le trauma. Cette entrevue vise à établir la présence ou non du diagnostic de stress post-traumatique et sera d'une durée approximative de 2 heures. Cette rencontre est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous serez sélectionné pour participer à cette étude. Le contenu de l'entrevue sera enregistré sur bande audio et sera détruit après 7 ans. Au cours de cette rencontre, vous devrez également remplir des questionnaires qui prennent environ 30 minutes à compléter. Dans les jours suivant la rencontre d'évaluation, vous saurez si vous êtes sélectionné à participer ou non au traitement. Si oui, vous participerez à la deuxième partie de l'évaluation.

Deuxième partie de l'évaluation (pré-test : T0b)

Durant cette rencontre, vous devrez discuter librement avec un de vos proches de l'impact social de votre trouble de stress post-traumatique. Ces discussions seront enregistrées sur bande audio-vidéo et elles seront d'une durée de 30 minutes au total. Pendant ces discussions, des mesures physiologiques seront prises à l'aide d'un électrocardiogramme. Ces mesures physiologiques ne sont aucunement dangereuses pour la santé et consistent à évaluer la fréquence des battements cardiaques et des respirations. Les bandes audio-visuelles et les données seront effacées au maximum 7 ans après la fin de la recherche.

Troisième partie d'évaluation (pendant et fin de traitement: T1-T2-T3)

Pendant la thérapie, il y aura trois moments où des mesures associées aux variations de vos symptômes et de votre bien-être seront analysées. Ces mesures seront reliées aux différents prédicteurs pour identifier les ingrédients thérapeutiques actifs. La première évaluation de cette étape sera accomplie après la 3^{ème} séance (T1) et les deux autres évaluations seront appliquées après la 9^{ème} séance (T2) et suite à la fin de la thérapie, soit à (T3). La durée des trois évaluations sera approximativement de 60 minutes par évaluation.

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

Quatrième partie d'évaluation (suivi de thérapie: T4)

Une dernière évaluation téléphonique sera faite six mois après la fin de votre traitement et durera 30 minutes. Les questionnaires à répondre vous seront postés. Vous devrez ensuite nous les renvoyer dans une enveloppe préaffranchie qui vous sera offerte.

PHASE II : TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE

La thérapie cognitivo-comportementale s'avère être actuellement le traitement de choix pour traiter le trouble de stress post-traumatique. Ainsi, vous bénéficierez du meilleur traitement actuellement disponible pour vos difficultés. Le contenu des séances de thérapie sera enregistré sur bande audio afin d'évaluer dans quelle mesure votre thérapeute a suivi le plan de traitement. Le contenu de ces bandes demeurera entièrement confidentiel et les bandes seront détruites dans les 7 ans suivant la fin de l'étude. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer certains exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Nous vous demanderons également de remplir un court questionnaire sur vos symptômes à quelques reprises.

AVANTAGES

Le traitement offert pourrait atténuer vos symptômes de stress post-traumatique. De plus, les connaissances acquises permettront de mieux comprendre la thérapie cognitivo-comportementale et d'améliorer l'état de personnes ayant un trouble de stress post-traumatique.

INCONVÉNIENTS POTENTIELS ET RISQUES

Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé physique ou psychologique. Cependant, quelques petits inconvénients reliés à la thérapie peuvent résulter de votre participation à cette étude. En exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres, il est possible que vous éprouviez certaines émotions et un niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Par contre, ceci est rarement un problème et la majorité des participants affirment que l'expérience est bien

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

moins périlleuse qu'anticipée. De plus, s'il advenait que des difficultés d'anxiété liées aux exercices demandés vous inquiètent, vous pourriez contacter votre psychologue traitant à ce sujet. À cela s'ajoute le fait que votre participation exige des disponibilités de temps pour les évaluations et la thérapie.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez d'un traitement psychologique à la fine pointe des connaissances.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice à la suite de toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

CONSIGNES À SUIVRE

Il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de traitement ou de groupe d'entraide qui pourraient interférer avec celui que nous vous offrons, dans la mesure du possible. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de nous concernant ce sujet.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pourrez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Si vous décidez de

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

vous retirer, les données cumulées seront conservées. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude. Si vous deviez quitter l'étude, des références auprès de professionnels appropriés vous seront suggérées.

PROTECTION DES PARTICIPANTS ET SURVEILLANCE ÉTHIQUE

Dans le but de surveiller et de contrôler la qualité de votre dossier de recherche, ce dernier pourra être consulté par des autorités compétentes (agence gouvernementale ou délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues médicales et/ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permette une forme d'identification quelconque qu'il s'agisse de vous ou de votre institution. Les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable André Marchand.

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA**ÉTUDES ULTÉRIEURES**

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise (oui___) ou (non___) le responsable de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations que vous fournirez dans cette recherche seront confidentielles dans les limites de la loi. L'accès à l'information recueillie dans les questionnaires sera limité au personnel scientifique impliqué dans cette recherche. Sur les questionnaires, votre nom sera remplacé par un code numérique.

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peut en tout temps avoir accès au dossier de recherche, notamment en vue de s'assurer que la tenue de dossiers respecte les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par ailleurs, pour des fins de contrôle le MSSS a créé un répertoire qui permet de rejoindre tout sujet de recherche si nécessaire. Votre inclusion à ce répertoire est obligatoire et ce pour une durée de 2 ans. Les données recueillies seront utilisées strictement à des fins de recherche et de communications scientifiques.

Afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des sujets, tous les questionnaires seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du coordonnateur de recherche du Centre d'étude sur le trauma. Les données seront conservées pour une période de 7 ans après la fin de l'étude.

EN CAS DE PLAINTE

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter M^{me} Élise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services - Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7401, rue Hochelaga - Montréal (Québec) H1N 3M5 – tél. : (514) 251-4000 poste 2920.

7331, rue Hochelaga
Montréal (Québec)
H1N 3V2

7/10
2010-11-02

Prédicteurs et médiateurs de la psychothérapie pour le Trouble de Stress Post-Traumatique

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

SURVEILLANCE ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de Recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information d'ordre éthique, vous pouvez joindre Dr. Robert Élie, président du Comité d'éthique de la recherche, ou son représentant au numéro de téléphone : 514-251-4015, poste 3396 ou bien par courriel (robert.elie@umontreal.ca).

RESSOURCES À CONTACTER ET ACCÈS AU CHERCHEUR

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Vedrana Ikić (téléphone : 514-251-4015, poste 3574) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : 514-251-4015, poste 3147).

DÉCLARATION DE L'INVESTIGATEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

En signant ce document, je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posé à cet égard, et avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation, et ce, sans préjudice.

Nom du chercheur de l'investigateur ou de la personne déléguée qui a obtenu l'autorisation en lettre moulée : _____

Signature de l'investigateur ou de la personne déléguée qui a obtenu l'autorisation : _____

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

CONSENTEMENT**DEMANDE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE**

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble de stress post-traumatique et j'accepte volontairement d'y participer.

Nom du participant en lettre moulée : _____

Signature du participant _____ Date : _____

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

CENTRE D'ÉTUDE SUR LE TRAUMA

DEMANDE D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENT

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo/audio/ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces renseignements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces renseignements soient détruits.

Nom du participant en lettre moulée : _____

Signature du participant _____ Date : _____

****Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi****

APPENDICE E

RÉSUMÉ DES INSTRUMENTS DE MESURE, DES MOMENTS D'ADMINISTRATION, DES PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION

Instruments de mesure, variables mesurées, types d'évaluation, durées, moments et modes d'administration

Instrument de mesure	Variable mesurée	Type	Durée (min.)	Moment et mode d'administration				
				T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
CAPS	Sévérité des symptômes d'ESPT	Entrevue	T ₀ : 45 T _{1 à 4} : 20	†	†	†	†	⊕
SCID-I	Diagnostic de l'ESPT et des troubles comorbides	Entrevue	T ₀ : 45 T _{3,4} : 20	†	n/a	n/a	†	⊕
WHOQOL-BREF	Qualité de vie générale	A.-A.	10	†	†	†	†	⊗/⊕
EFPS	Fonctionnement psychosocial	A.-A.	5	†	†	†	†	⊗/⊕
Temps d'administration (en min.)				105	35	35	55	55

Note. T₀ = Évaluation prétraitement; T₁ = Évaluation après 3 séances; T₂ = Évaluation après 9 séances; T₃ = Évaluation post-traitement; T₄ = Relance de 6 mois; A.-A. = Auto-administré; † = Administré en personne; ⊕ = Administré au téléphone; n/a = Non applicable; CAPS = *Clinician-Administered PTSD Scale*; SCID-I = *Structured Clinical Interview for DSM-IV*; WHOQOL-BREF = *World Health Organisation Quality of Life - Bref*; EFPS = Échelle de Fonctionnement Psychosocial.

Procédures d'évaluation et d'intervention

Rencontre	Contenu abordé	A faire...
<i>Screening téléphonique</i>		
	Entrevue d'évaluation (T ₀)	▪ Questionnaires à remplir à domicile
Séance 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissement d'une relation de confiance avec la victime et évaluation de son événement traumatique ▪ Remise du manuel pour le participant 	▪ Lecture du manuel
Séances 2 – 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoéducation avec la victime au sujet de ses symptômes et de la thérapie cognitive et comportementale ▪ Explication du rationnel du traitement ▪ Apprentissage de stratégies de gestion de l'anxiété 	▪ Lecture du manuel
	Entrevue d'évaluation (T ₁)	▪ Questionnaires à remplir à domicile
Séances 4 – 9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition en imagination 	▪ Exercices d'exposition
	Entrevue d'évaluation (T ₂)	▪ Questionnaires à remplir à domicile
Séances 10 -19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition <i>in vivo</i> 	▪ Exercices d'exposition
Séance 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulation d'un bilan de fin de thérapie ▪ Prévention de la rechute avec la victime 	Aucun.
	Entrevue d'évaluation (T ₃)	▪ Questionnaires à remplir à domicile
	Entrevue d'évaluation (T ₄)	▪ Questionnaires à remplir à domicile

* Utilisation de stratégies thérapeutiques complémentaires s'il y a lieu (p. ex., gestion de la colère, restructuration cognitive)

APPENDICE F

MESURES CLINIQUES

Numéro de dossier

Initiales du client

CAPS

CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE

Version Française

Qu'est ce que la CAPS ?

- La CAPS est une entrevue semi-dirigée permettant de poser un diagnostic actuel ou passé d'État de stress post-traumatique (ESPT) congruent avec la nomenclature DSM-IV (APA, 1994).
- L'entrevue se présente sous la forme d'une série de questions répertoriant chacun des 17 symptômes cardinaux d'ESPT.
- L'entrevue CAPS permet d'évaluer la sévérité de chaque symptôme et de recueillir suffisamment d'information pour poser le diagnostic d'ESPT.
- La CAPS a été développée par le Centre national pour le stress post-traumatique des États-Unis (*National Center for PTSD*), par Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Charney D.S. et Keane T.M.

Dans quel contexte utiliser la CAPS ?

- La CAPS est employée à des fins d'évaluation clinique, scientifique (recherche), ou juridique auprès d'une clientèle adulte et adolescente (15 ans et plus).
- Développée initialement pour évaluer d'anciens militaires, l'entrevue CAPS est maintenant utilisée pour évaluer une multitude de populations exposées à des événements traumatiques (ex. victimes de viols, d'agressions, d'accidents de la route, d'accidents de travail, d'inceste, de maladies graves, de tortures, etc.).

Numéro de dossier

Initiales du client

INSTRUCTIONS

1. Informer la personne interviewée:

« Je vais maintenant vous poser des questions à propos de certaines situations difficiles ou stressantes qui peuvent survenir. En voici quelques exemples: voir ou subir un accident grave, un incendie, un ouragan ou un tremblement de terre; être agressé(e), battu(e) ou attaqué(e) avec une arme; être forcé(e) d'accomplir des actes sexuels contre son gré. Je vais d'abord vous demander de prendre connaissance de la liste de telle situations et de cocher celles qui s'appliquent à votre cas. Ensuite, si l'une des situations s'applique à vous, je vais vous demander de m'expliquer brièvement ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti au moment où c'est arrivé.»

« Il peut être pénible de se rappeler certaines de ces situations qui peuvent rappeler des souvenirs désagréables ou des sentiments douloureux. En parler soulage certaines personnes, mais c'est à vous de décider ce que vous voulez me dire. Au cours de notre entretien, si vous vous sentez bouleversé(e), dites-le moi et nous pourrions faire une pause pour en parler. Si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, veuillez me le dire. Avez-vous des questions avant de commencer l'entrevue? »

2. Remettre la check-list et donner les instructions pour que la personne la complète (voir check-list)

Une fois la liste des événements potentiellement traumatiques complétée, explorer le caractère traumatique de trois événements.

Si plus de trois événements sont cochés comme pertinents: vous devrez déterminer les trois événements à explorer. Par exemple : Le premier, le pire et le plus récent des événements, ou les trois pires événements ou, le traumatisme qui peut être d'intérêt, etc...

3. Évaluer le caractère traumatique des événements:

Des événements sont-ils cochés comme pertinents sur la page précédente?

- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- ☐ **Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
-
- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation
- ☐ **Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
-
- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- ☐ **Non** - Si «non», le patient n'est pas admissible à l'évaluation.

Numéro de dossier

Initiales du client

Liste des événements potentiellement traumatiques.

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire:

« Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser (vivre). Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que: (a) Vous avez vécu **personnellement** une telle situation; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et vous **en avez été témoin**; (c) Vous **avez appris** qu'un de vos proches a vécu une telle situation; (d) La situation **ne s'applique pas** à vous. »

Événement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, détachement de train, écrasement d'avion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrances humaines intenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort subite et inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser				

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Premier événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?	Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier Initiales du client

Feuille d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Deuxième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.)

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?	Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuille d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Troisième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?	Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?	

A1	Oui	Non	Sai	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE B : Reviviscence.

1. B1 : Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement suscitant de la détresse.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé que des souvenirs de l'événement (images, pensées, perceptions) resurgissent spontanément, sans le vouloir et sans que rien ne les déclenche ? Avez-vous des exemples ? Ces souvenirs sont-ils revenus quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure lorsque les souvenirs de l'événement ne reviennent qu'en rêve -voir B2- ou lorsque les souvenirs sont déclenchés -voir B4-.)

Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces souvenirs vous ont-ils causé de la détresse ? Avez-vous pu les chasser de votre esprit et penser à autre chose ? (Cela a-t-il été difficile ?) Dans quelle mesure ces souvenirs ont-ils perturbés vos activités ?

- ☐ 0. Nullement : Arrive à chasser les souvenirs; pas de détresse; aucune perturbation dans ses activités.
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : détresse nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à chasser les souvenirs ; perturbation marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse incapacitante, impossibilité de chasser les souvenirs ; incapacité à poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

2. B2: Rêves répétitifs à propos de l'événement, suscitant de la détresse.

Fréquence

Au cours du dernier mois, avez-vous déjà fait des rêves pénibles à propos de l'événement ? Pouvez-vous me décrire un rêve typique. (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) Combien de fois avez-vous fait de tels rêves au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ?

Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? Si oui, dans quel état vous êtes vous réveillé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?

(Être à l'écoute de toute indication d'éveil anormal, de cris, de mise en acte du cauchemar.)

Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- ☐ 0. Pas du tout dérangé(e) ou bouleversé(e).
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique, peut ne pas s'être réveillé(e).
- ☐ 2. Modérément : s'est réveillé(e) en détresse, mais s'est rendormi(e) facilement.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à se rendormir.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse incapacitante, ne s'est pas rendormi(e).

Numéro de dossier

Initiales du client

3. B3: Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait (impression de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs avec flash-back [rappel d'images], incluant ceux qui surviennent au réveil ou en état d'intoxication).

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'agir ou de vous sentir comme si soudainement l'événement survenait à nouveau ? Des images ou des rappels d'images (flash-backs) de l'événement vous sont-ils soudainement revenus ? Quand vous êtes éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure si elles ne sont revenues qu'en rêve.) Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point cela semblait-il comme si l'événement survenait à nouveau ? Dans quelle mesure cela vous semblait-il réel ? (Par exemple, peut-être que vous ne saviez plus très bien où vous étiez, ni ce que vous faisiez ?) Combien de temps cette impression a-t-elle duré ? Qu'avez-vous fait pendant ce temps ? (D'autres personnes ont-elles remarqué votre comportement ? Qu'ont-elles dit ?)

- ☐ 0. Événement non revécu.
- ☐ 1. Légèrement : impression un peu plus réaliste que de simplement penser à l'événement.
- ☐ 2. Modérément : état dissociatif présent mais passager ; très conscient de l'endroit où il/elle se trouvait ; forme de rêve à l'état éveillé.
- ☐ 3. Sévèrement : état fortement dissociatif (dit voir des images, entendre des bruits ou sentir des odeurs), tout en restant un peu conscient de l'endroit où il/elle se trouvait.
- ☐ 4. Extrêmement : État complètement dissociatif (flash-back), inconscience de l'endroit où il/elle se trouvait, peut être insensible ; amnésie possible de l'épisode (black-out).

Numéro de dossier

Initiales du client

4. B4: Détresse psychologique intense, lorsque la personne est exposée à des indices qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Est-ce que quelque chose a déjà déclenché en vous des sentiments pénibles liés à l'événement ?) Quels genres de choses vous ont rappelé l'événement et vous ont bouleversé(e) ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rappels vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Combien de temps ont-ils duré ? À quel point ont-ils affecté votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : souffrance nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévère : souffrance considérable ; perturbation marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : souffrance incapacitante ; incapable de poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

5.B5 : Réactivité physiologique lorsque la personne est exposée à des éléments déclencheurs, internes ou externes, qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé d'avoir des réactions physiques lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Votre corps a-t-il réagi d'une certaine façon lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ?) Pouvez-vous m'en donner des exemples ? Votre cœur s'est-il mis à battre plus fort ou plus vite ? Votre respiration a-t-elle changée ? Avez-vous transpiré, êtes-vous devenu(e) très tendu(e) ou vous êtes-vous mis(e) à trembler ? Quels types d'indices déclenchent de telles réactions ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions physiques ? Combien de temps ont-elles duré ? (Ont-elles persisté même hors de cette situation ?)

- ☐ 0. Aucune réactivité physique.
- ☐ 1. Légèrement : peu de réactivité.
- ☐ 2. Modérément : réactivité physique nettement présente mais supportable, même si l'exposition aux éléments déclencheurs continue.
- ☐ 3. Sévèrement : réactivité physique considérable, qui persiste pendant toute l'exposition aux déclencheurs.
- ☐ 4. Extrêmement : réactivité physique prononcée dont l'activation persiste même après la fin de l'exposition aux déclencheurs.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE C *Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et émoussement psychique (absent avant le événement).*

6. C1: Efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter les pensées, les conversations ou les sensations liées à l'événement ? (Quelles sortes de pensées ou de sensations avez-vous essayé d'éviter ?) Faites-vous des efforts pour éviter d'en parler à d'autres personnes ? (Pourquoi ?) Combien de fois cela vous est-il arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement ? (Qu'avez-vous fait pour les éviter ? Avez-vous consommé de l'alcool ? Des médicaments ? Des drogues ?) (Considérer de toutes les tentatives d'évitement, y compris les distractions, la suppression et la consommation d'alcool ou de drogues.)

Dans quelle mesure cela a-t-il affecté votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : certains efforts ; évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : efforts considérables ; évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- ☐ 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

7. C2 : Efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs du traumatisme.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter certaines activités, certaines situations ou certaines personnes qui vous rappellent l'événement ? (Quelle sortes d'activités, de situations ou de gens avez-vous essayé d'éviter ? Pourquoi ?)

Combien de fois au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous fait des efforts pour éviter les activités, les situations ou les gens qui vous rappellent l'événement ? (Qu'avez-vous fait à la place ?) Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné dans votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : certains efforts, évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : efforts considérables, évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- ☐ 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier : Initiales du client

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

8. C3 : Incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à vous souvenir de certains aspects importants de l'événement ? Dites-moi ce qui se passe. (Croyez-vous que vous devriez être capable de vous souvenir de ces choses ? Pourquoi pensez-vous ne pas à y arriver ?)

Au cours du mois dernier, de combien d'aspects importants de l'événement ont échappé à votre mémoire ? (Quels sont les aspects dont vous vous souvenez ?)

- ☐ 0. Aucun, se souvient clairement.
- ☐ 1. A oublié peu d'aspects (moins de 10 %).
- ☐ 2. A oublié certains aspects (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. A oublié de nombreux aspects (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. A oublié la plupart des aspects ou tous (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'aspects importants de l'événement ? (Auriez-vous pu vous souvenir d'un plus grand nombre d'aspects si vous aviez fait des efforts ?)

- ☐ 0. Aucune difficulté.
- ☐ 1. Légèrement : peu de difficulté.
- ☐ 2. Modérément : une certaine difficulté, pourrait s'en souvenir avec effort.
- ☐ 3. Sévèrement : difficulté considérable, même avec effort.
- ☐ 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se souvenir d'aspects importants de l'événement.

Numéro du patient Initiales du patient

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. C4 : Diminution marquée de la participation à des activités importantes ou perte d'intérêt à l'égard de ces activités.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous ressenti une perte d'intérêt pour des activités auxquelles vous vous adonnez avec plaisir ? (Pour quelles activités avez-vous perdu intérêt ? Y en a-t-il que vous ne faites plus du tout ? Pourquoi ?) (À exclure si la personne n'en a plus l'occasion, si elle est incapable de s'y adonner, ou encore si elle préfère maintenant d'autres activités, à cause d'un changement normal dans son développement.)

Au cours du mois dernier, pour combien d'activités avez-vous ressenti moins d'intérêt ? (Quelles sortes d'activités continuez-vous à aimer faire ?) Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?)

- ☐ 0. N'a pas perdu intérêt pour ses activités.
- ☐ 1. Perte d'intérêt pour peu d'activités (moins de 10 %).
- ☐ 2. Perte d'intérêt pour certaines activités (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Perte d'intérêt pour de nombreuses activités (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. Perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes ses activités (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure aviez-vous perdu de l'intérêt ? (Trouviez-vous les activités agréables après les avoir commencées ?)

- ☐ 0. Pas de perte d'intérêt.
- ☐ 1. Légèrement : légère perte d'intérêt, y trouverait probablement du plaisir une fois commencées.
- ☐ 2. Modérément : nette perte d'intérêt, mais éprouve encore un certain plaisir dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : perte d'intérêt marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : a complètement perdu l'intérêt ; ne participe plus à aucune activité.

Numéro de dossier

Initiales du client

10. C5 : Sentiment d'être détaché ou étranger vis-à-vis des autres.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous eu l'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres ? Que ressentiez-vous alors ? Quelle fut la durée de cette impression, au cours du mois dernier ? Avez-vous commencé à vous sentir suite à l'événement ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10%).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30%).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60%).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou étranger vis-à-vis des autres ? (De qui vous sentiez-vous le plus proche ? Avec combien de personnes êtes-vous à l'aise pour parler de choses personnelles ?)

- ☐ 0. Pas d'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis à vis des autres.
- ☐ 1. Légèrement : il lui arrive de ne pas se « sentir en harmonie » avec les autres.
- ☐ 2. Modérément : impression de détachement nettement présente, mais sent encore certains liens interpersonnels.
- ☐ 3. Sévèrement : sentiment marqué d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ; ne se sent proche que d'une ou deux personnes.
- ☐ 4. Extrêmement : se sent complètement détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres, ne se sent proche de personne.

Numéro de dossier

Initiales du client

11.C6 : Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous senti(e) insensible sur le plan émotif ? Par exemple, avez-vous eu de la difficulté à ressentir des sentiments, comme l'amour ou la joie ? Comment vous sentez-vous ? (Quels sentiments avez-vous eu de la difficulté à ressentir ?)

Combien de temps au cours du mois dernier vous êtes-vous senti(e) ainsi ? À partir de quand avez-vous remarqué avoir de la difficulté à ressentir des émotions ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à ressentir des émotions ? (Quelles sortes de sentiments pouviez-vous encore ressentir ?) (Inclure les observations sur la restriction des affects au cours de l'entrevue.)

- ☐ 0. Pas de diminution des émotions.
- ☐ 1. Légère : légère diminution des émotions.
- ☐ 2. Modérée : nette diminution des émotions, mais peut encore en ressentir la plupart.
- ☐ 3. Sévère : diminution marquée d'au moins deux émotions fondamentales (par ex., l'amour et la joie).
- ☐ 4. Extrême : ne ressent plus aucune émotion.

Numéro de dossier

Initiales du client

12. C7 : Sentiment que l'avenir est bouché.

Fréquence

Dans le dernier mois, y a-t-il eu des fois où vous avez senti qu'il n'était plus nécessaire de faire des plans d'avenir, que votre avenir était d'une certaine façon bouché ? Vous est-il déjà arrivé de penser qu'il ne vous était plus possible d'avoir une carrière, de vous marier, d'avoir des enfants ou d'avoir une durée de vie normale ? Pourquoi ? (Éliminer les risques réalistes tels qu'une maladie mettant la vie en danger.) Combien de temps au cours du mois dernier avez-vous pensé ainsi ? Quand avez-vous commencé à avoir de telles idées ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression que votre avenir était bouché ? (Combien de temps pensez-vous vivre ? Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) d'être voué(e) à une mort précoce ?)

- ☐ 0. Pas de sentiment que l'avenir est bouché.
- ☐ 1. Faible : légère impression que l'avenir est bouché.
- ☐ 2. Modérée : net sentiment que l'avenir est bouché, mais ne fait pas de prédiction particulière quant à sa propre longévité.
- ☐ 3. Sévère : sentiment marqué que l'avenir est bouché ; peut faire des prédictions particulières quant à sa propre longévité.
- ☐ 4. Extrême : sentiment accablant que l'avenir est bouché ; tout à fait convaincu(e) d'une mort précoce.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperveil.

13. D1 : Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ? Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de la difficulté à dormir ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
☐ 1. Une ou deux fois.
☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
☐ 4. Toutes les nuits ou presque.

Difficulté à s'endormir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil au milieu du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil trop matinal ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre total d'heures de sommeil par nuit	<input type="text"/>	
Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit	<input type="text"/>	

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?) Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? En tout, combien d'heures avez-vous dormi chaque nuit ?

- ☐ 0. Pas de trouble du sommeil.
☐ 1. Légère difficulté : délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil ≤ 30 minutes).
☐ 2. Difficulté modérée, net trouble du sommeil : délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil = 30 à 90 minutes).
☐ 3. Difficulté sévère : délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (perte de sommeil = 90 minutes à 3 heures).
☐ 4. Difficulté extrême : très long délai d'endormissement ou sévère difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil > 3 heures).

Numéro de dossier

Initiales du client

14. D2 : Irritabilité ou accès de colère.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous parfois senti(e) particulièrement irritable ou avez-vous manifesté une grande colère ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de votre colère ? (Comment l'avez-vous manifestée ? Si la personne affirme l'avoir réprimée: Vous a-t-il été difficile de ne pas montrer votre colère ?) Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous calmer ? Votre colère vous a-t-elle causé des ennuis ?

- ☐ 0. Pas d'irritabilité ni de colère.
- ☐ 1. Légère : irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer rapidement.
- ☐ 2. Modérée : nette irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer.
- ☐ 3. Sévère : irritabilité marquée ou efforts marqués pour réprimer sa colère, peut devenir agressif(ve) verbalement ou physiquement quand il/elle est en colère.
- ☐ 4. Extrême : colère profonde ou immenses efforts pour réprimer sa colère, peut avoir des accès de violence physique.

Numéro de dossier

Initiales du client

15. D3 : Difficulté à se concentrer.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois trouvé difficile de vous concentrer sur ce que vous faisiez ou sur ce qui se passait autour de vous ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir des troubles de concentration ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point était-ce difficile de vous concentrer ? (Tenir compte des observations sur la concentration et l'attention au cours de l'entrevue.) Dans quelle mesure ce manque de concentration a-t-il affecté votre vie ?

- ☐ 0. Pas de difficultés de concentration.
☐ 1. Légèrement : il lui suffisait d'un léger effort pour se concentrer ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
☐ 2. Modérément : nette diminution de la concentration, mais aurait pu se concentrer avec effort, quelques perturbations dans ses activités.
☐ 3. Sévèrement : perte de concentration marquée, même avec effort ; perturbation marquée dans ses activités.
☐ 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se concentrer, incapable d'entreprendre des activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

16. D4 : Hypervigilance.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois senti que vous étiez particulièrement en éveil ou vigilant(e), même lorsque ce n'était pas nécessaire ? (Vous sentiez-vous comme si vous étiez toujours sur vos gardes ?) Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Pourquoi ?

À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure faites-vous des efforts pour être attentif(ve) à ce qui se passe autour de vous ? (Tenir compte des observations d'hypervigilance en cours d'entrevue.) Votre hypervigilance vous a-t-elle causé des ennuis ?

- ☐ 0. Pas d'hypervigilance.
- ☐ 1. Légèrement : hypervigilance minime ; légère hausse de conscience.
- ☐ 2. Modérément : hypervigilance nettement présente ; reste sur ses gardes en public (par ex., choisit une place sûre pour s'asseoir dans un restaurant ou au cinéma).
- ☐ 3. Sévèrement : hypervigilance marquée, très vigilant(e), guette le danger autour de lui/d'elle, exagérément soucieux(ieuse) de sa propre sécurité, de celle de sa famille ou de celle de son foyer.
- ☐ 4. Extrêmement : hypervigilance extrême, fait des efforts pour assurer sa sécurité et y consacre beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut comprendre des comportements exagérés de surveillance et de contrôle ; est particulièrement vigilant(e) durant l'entrevue.

Numéro de dossier

Initiales du client

17. D5 : Réactions exagérées de sursaut.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé de sursauter fortement ? Quand est-ce arrivé ? (Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?) Combien de fois au cours du mois dernier ? Depuis, quand avez-vous commencé à avoir de telles réactions ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions de sursaut ? (Comment étaient-elles par rapport à celles que l'on éprouve normalement ?) Combien de temps ont-elles duré ?

- ☐ 0. Pas de réaction de sursaut.
- ☐ 1. Légères : réactions minimales.
- ☐ 2. Modérées : nettes réactions de sursaut ; se sent nerveux(euse).
- ☐ 3. Sévères : réactions de sursaut marquées, reste en état d'alerte après la première réaction.
- ☐ 4. Extrêmes : réactions de sursaut excessives, comportement de défense manifeste (par ex., un ancien combattant qui se couche par terre).

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE E

Chronicité de la perturbation (symptômes des critères B, C et D).

18. Début des symptômes

Combien de mois ou d'années se sont écoulés après l'événement avant que les symptômes d'ESPT n'apparaissent?

Mois :
Années :

Le délai d'apparition a-t-il été ≥ 6 mois ?

☐ Oui ☐ Non

19. Durée des symptômes

En tout, combien de mois ou d'années durent (ou ont duré) les symptômes d'ESPT ?

Mois :
Années :

La durée des symptômes est-elle ≥ 3 mois ?

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE F

La perturbation cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

20. F1 : Souffrance subjective

Dans quelle mesure l'ensemble des symptômes dont nous avons discuté vous ont-ils dérangé(e) ? (Tenir compte de la souffrance signalée aux critères précédents.)

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique.
- ☐ 2. Modérément : détresse psychologique nettement présente mais supportable.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse psychologique considérable.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse psychologique incapacitante.

21. F2 : Altération du fonctionnement social

Ces symptômes ont-ils affecté vos relations avec les autres ? Dans quelle mesure ? (Tenir compte de l'altération sociale signalée aux critères précédents.)

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement social.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement social, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement social, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement social.

Numéro de dossier

Initiales du client

22. F3 : Altération du fonctionnement au travail ou dans d'autres domaines importants

Travaillez-vous actuellement ?

Oui ☐

Si « oui », ces symptômes ont-ils nui à votre travail ou à votre capacité de travail ? Dans quelle mesure ?

Tenir compte des antécédents de travail, notamment du nombre et de la durée des emplois ainsi que de la totalité et de la nature des relations de travail. Si le fonctionnement au travail avant le trouble n'est pas clair, interroger le sujet à propos de ses expériences de travail avant le traumatisme.

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement professionnel.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement professionnel, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement professionnel, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement professionnel.

Non ☐

Si « non », ces symptômes vous ont-ils nui dans d'autres domaines importants de votre vie ? Dans quelle mesure ?

Dans ce cas, suggérer des exemples tels que le rôle de parents, la tenue de la maison, les études scolaires, le travail bénévole, passe-temps, etc.

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants, mais dont de nombreux aspects toutefois restent intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement dans d'autres domaines importants, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement dans d'autres domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

23. Validité globale

Estimer la validité globale des réponses. Tenir compte de facteurs tels que l'observance de l'entrevue, l'état mental (par exemple : des difficultés de concentration, de compréhension de certains éléments, de dissociation) et des efforts évidents pour exagérer ou minimiser les symptômes.

- ☐ 0. Excellente : pas de raison de soupçonner des réponses invalides.
- ☐ 1. Bonne : présence de facteurs pouvant entacher la validité.
- ☐ 2. Passable : présence de facteurs qui entachent certainement la validité.
- ☐ 3. Mauvaise : validité considérablement réduite.
- ☐ 4. Réponses invalides : état mental sévèrement altéré ou simulation de bien-être ou de « mal-être ».

24. Sévérité globale

Estimer la Sévérité globale des symptômes d'ESPT. Tenir compte du degré de souffrance subjective, du degré d'altération du fonctionnement, des observations sur le comportement pendant l'entrevue et du jugement ayant trait à la manière de répondre aux questions.

- ☐ 0. Pas de symptôme cliniquement significatif, ni de souffrance psychologique, ni d'altération du fonctionnement.
- ☐ 1. Légère : peu de souffrance psychologique ou d'altération du fonctionnement.
- ☐ 2. Modérée : nette souffrance psychologique ou altération du fonctionnement, mais peut, avec effort, fonctionner de façon satisfaisante.
- ☐ 3. Sévère : souffrance psychologique ou altération du fonctionnement considérables ; fonctionnement limité, même avec effort.
- ☐ 4. Extrême : souffrance psychologique marquée ou altération marquée du fonctionnement dans au moins deux domaines importants.

Numéro du dossier

Initiales du client

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.1

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

A. Événements traumatiques

Les décrire

B. Symptômes de reviviscence

Fréquence

Intensité

1. Souvenirs répétitifs et envahissants
2. Rêves pénibles
3. Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait
4. Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs
5. Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs

total + =

Le critère B est rempli si au moins un score

est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité

Critère B satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

C. Symptômes d'évitement et d'émoussement

Fréquence

Intensité

1. Évitement des pensées, des sensations, des conversations
2. Évitement des activités, des situations ou des gens
3. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme
4. Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités
5. Sentiment d'être détaché ou étranger
6. Capacité réduite de ressentir des émotions
7. Sentiment que l'avenir est bouché

total + =

Le critère C est rempli si trois (3) $F \geq 1$ et trois (3) $I \geq 2$

Critère C satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

D. Symptômes d'hyperveil

Fréquence

Intensité

1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e)
2. Irritabilité ou excès de colère
3. Difficulté à se concentrer
4. Hypervigilance
5. Réactions exagérées de sursaut

total + =

Le critère D est rempli si deux (2) $F \geq 1$ et deux (2) $I \geq 1$

Critère D satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

E. Durée de la perturbation

Le critère E est rempli si la durée est ≥ 3 mois

Critère E satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

TOTAL (B+C+D) =

Numero de dossier**Initiales du client**

□□□□□

□□□□

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.2

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

F. Souffrance subjective

1. Souffrance subjective
2. Altération du fonctionnement social
3. Altération du fonctionnement professionnel

111

L'état satisfait au critère F si un score ou plus est ≥ 2

Critère F satisfait? ☐ Oui ☐ Non

L'état du patient satisfait-il à tous les critères ?

☐ **Non** Le sujet n'est pas admissible pour l'essai

☐ Oui Répondre aux questions de l'évaluation globale

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.

Signature de l'investigateur

Jour / Mois / Année

CODE BARRES

**F2 - MODULES D'ENTREVUE CLINIQUE SCID-I POUR
L'ÉVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX,
SOMATOFORMES ET ALIMENTAIRES**

**EXTRAITS DU: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders, Patient Edition
Version 2.0, (4/97): Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam
Gibbon, M.S.W.; and Janet B.W. Williams, D.S.W.**

Date de l'entrevue :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>

Centres :

- ☐ Douglas
- ☐ CSP-Uqam
- ☐ Phobies-Zéro
- ☐ Hors réseau

Interviewer : _____

Signature : _____

Sources d'information
(Cochez tous ceux qui s'appliquent)

- | | |
|---|---|
| { | <input type="checkbox"/> Sujet |
| | <input type="checkbox"/> Famille / amis / collègues |
| | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé / dossier / notes de référence |

SCID - I Version 2.0 (for DSM-IV)

Overview i

Pour débiter l'entrevue

Maintenant je vais vous poser des questions en rapport avec des problèmes ou des difficultés que vous auriez pu rencontrer au cours de votre vie. Tout au long de l'entrevue, j'aurai à prendre quelques notes. Je veux vous rappeler que toutes les informations que vous me donnez seront tenues confidentielles.

Avez-vous des questions à me poser?

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

SEXE : 1 M
2 F

Quel âge avez-vous?

ÂGE :

Êtes-vous marié(e) ?

Si non : L'avez-vous déjà été ?

STATUT MARITAL :
(le plus récent)

- 1 marié(e) ou conjoint(e) de fait > 1 an
- 2 séparé(e)
- 3 divorcé(e) ou mariage annulé
- 4 veuf(ve)
- 5 célibataire

Avez-vous des enfants?

ENFANTS

- 1 OUI
Combien :
- 2 NON

SCOLARITÉ ET ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

ÉDUCATION

- 1 étude primaire (6^e année e oins)
- 2 étude secondaire (7^e à 12^e année)
- 3 études professionnelles
- 4 études collégiales
- 5 Baccalauréat
- 6 Maîtrise
- 7 Doctorat

SIN'A PAS COMPLÉTÉ UN DIPLÔME
POUR LEQUEL LE SUJET S'ÉTAIT
INSCRIT(e):

* Pourquoi n'avez-vous pas terminé?
important d'aller investiguer.
Donne des indices

SCID - I Version 2.0 (for DSM-IV)

Overview ii

Quel genre de travail faites-vous?

Travaillez-vous présentement ?

SI OUI : Depuis quand
Travaillez-vous là ?

SI MOINS DE 6 MOIS :
Pourquoi avez-vous laissé votre
dernier emploi?

Avez-vous toujours fait ce genre
de travail ?

SINON : Pourquoi ?

Quel genre de travail
faisiez-vous avant?

Comment subvenez-vous à vos besoins?

SI INCONNU : Y a-t-il eu une période
où vous avez été incapable d'aller à l'école
ou de travailler?

SI OUI : Quand ? Pourquoi ?

HISTOIRE DES TRAITEMENTS

Avez-vous déjà consulté quelqu'un pour des
problèmes émotionnels ou psychiatriques?

Si oui :

À quel moment? Pour quels problèmes?

Quels traitements/médication avez-vous
reçus ?

Avez-vous déjà été hospitalisé en
psychiatrie?

1 OUI* 2 NON

*SI OUI, Nombre d'hospitalisations

(Ne pas inclure les transferts)

1

2

3

4

5 (ou plus)

SCID - I Version 2.0 (for DSM-IV)

Overview iii

PROBLÈMES ACTUELS (dans les 6 derniers mois)Avez-vous eu des problèmes au cours
des 6 derniers mois?

Comment était votre humeur (moral)?

Comment était votre santé physique?

Avez-vous pris des médicaments ou des
vitamines?

(Avez-vous eu un problème médical?)
**UTILISER CETTE INFORMATION
POUR COTER L'AXE III**

Comment était votre consommation
d'alcool dans les 6 derniers mois ?

Avez-vous pris des drogues ? (Cannabis,
cocaïne ou autres drogues semblables ?)

Comment avez-vous passé votre temps
libre?

* IMPRESSION DIAGNOSTIQUE
LA PLUS PROBABLE (À DATE) :

* DIAGNOSTICS À ÉLIMINER :

* Peut donner des indices, mais importants de pas y aller trop vite. L'idéal, c'est
le remplir à la fin de l'entrevue plutôt qu'après l'interview

INSTRUCTIONS :

S.V.P. Coter le tableau synthèse sur les 5 axes diagnostiques dans le tableau qui suit (feuille de cotation iii et iv)

- > Pour la cotation de la sévérité et/ou rémission des troubles de l'axe I, vous référer à la page correspondante du SCID s'il y a lieu ou à l'échelle ci-dessous.
- > Pour l'axe V, le fonctionnement global, vous référer à la feuille de cotation v présentée à la page 6

Échelle de sévérité ou rémission :

1. **Léger :** Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel. *+ Trop inconfortable par se trouble.*
2. **Moyen :** Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère :** Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel. *Fonctionnement diminué.*
4. **En rémission partielle :** Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent. *sous le seuil clair*
5. **En rémission totale :** Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de trouble panique :** Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli. *Si aucun symptômes et aucune médication ou suivi thérapeutique*

COTATION DES 5 AXES DIAGNOSTIQUES

Axe-I Troubles de l'Axe-I (SCID, impressions cliniques, dossier)	Sévérité ou rémission	Age de survenue	Niveau de certitude diagnostique (0-100)
Trouble panique et/ou agoraphobie (page F.7)			

2. Si + certaine du diagnostic, l'idéal c'est s'en tenir aux questions du

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 4 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI

NON

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 4 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE F.8 (AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE [ASATP]).

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 4 : Vous avez dit que vous aviez déjà eu une attaque de panique, que tout à coup, vous aviez été saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou aviez éprouvé de nombreux symptômes...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes ?

SI OUI : Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise ?

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues ? (Au moins deux ?)

A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes.

? 1 2 3 F₁

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

Après ce genre d'attaque...

Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait chez vous, par exemple que vous aviez eu une crise cardiaque ou que vous étiez en train de devenir fou (folle) (Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)

SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque ? (Pendant combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)

(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :

? 1 2 3 F₂

(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p. ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, "devenir fou");

(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;

? = Information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme insignifiant

3 = VRAI ou présence du symptôme

PASSER À LA
PAGE F.9
(ASATP).

7	1	2	3	4
---	---	---	---	---

PASSER A LA
PAGE F.8
(ASATP)

?	1	2	3	F4
---	---	---	---	----

7	1	2	3	F5
---	---	---	---	----

?	1	2	3	F6
---	---	---	---	----

2	1	2	1	F7
---	---	---	---	----

7	1	2	3	FB
---	---	---	---	----

7	1	2	3	FD
---	---	---	---	----

3 = VRAI ou présence du symptôme

...avez-vous eu des nausées, mal au cœur ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée ?	(7) nausée ou gêne abdominale;	7	1	2	3	F10
...vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou avez-vous l'impression d'être sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir ?	(8) étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir;	7	1	2	3	Fu
...les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même ?	(9) dépersonnalisation ou déréalisation;	7	1	2	3	F12
...avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête et de commettre un acte irréfléchi ?	(10) peur de perdre la tête ou de sombrer dans la folie;	7	1	2	3	F13
...avez-vous eu peur de mourir ?	(11) peur de mourir;	7	1	2	3	F14
...avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement de certaines parties du corps ?	(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement);	7	1	2	3	F15
...avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?	(13) bouffées de chaleur ou frissons.	7	1	2	3	F16
AU MOINS 4 SYMPTÔMES SONT COTÉS		7	1	3		F17

PASSER A LA
PAGE F.8
(ASATP)

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptômes intrinsèques

3 = VRAI ou présence du symptôme

2. VORBEREITUNG DER PROJEKTE

Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous des médicaments, des stimulants (caféine, pilules pour maigrir) ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES
ATTAQUES DE PANIQUE ET UNE
MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU
UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER A
LA PAGE F.40 ET REVENIR A LA
PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER
UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE INTOX.

PASSER A LA
PAGE F.8
(ASATP)

**TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE**

Exemples de maladie physique: hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, troubles vestibulaires, épilepsie et troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie supraventriculaire).

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du système nerveux central (alcool ou barbiturique).

CONTINUED

D. On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique : trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress), angoisse de séparation ou phobie sociale (se manifestant dans des situations sociales inspirant certaines peurs).

**TROUBLE
PANIQUE**

PASSER A LA
PAGE F.8
(ASATP)

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptômes intralésionnels

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'UNE AGORAPHOBIE : Y a-t-il certaines situations qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique ?

Décrivez ce genre de situations.

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLES : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se)...

...d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile ?

...de vous trouver dans des endroits pleins de monde – magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc. ?

...d'être dans une file d'attente ?

...d'être sur un pont ?

...d'utiliser les transports en commun – autobus, train ou métro – ou de conduire ?

Évitez-vous ce genre de situations ?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie

? 1 2 3 F₃₀

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation. Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE F.7
(CHRONOLOGIE)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex., limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marqué ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3 F₃₀

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE F.7
(CHRONOLOGIE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I/PAN/DSM-IV-F.5

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique : phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) ou angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches).

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

? 1 2 3 F22

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE
F.7
(CHRONOLOGIE)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT
COTÉS "3".

? 1 3 F23

TROUBLE
PANIQUE
AVEC
AGORA-
PHOBIE

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intériminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. SCID-I (DSM-IV) F.4

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Combien d'attaques de panique avez-vous eues depuis un mois ?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées et a fait preuve d'évitement agoraphobique.

? 1 3 F24

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F25

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble panique :

— — — F27

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous lors de votre première attaque de panique ?

Âge de survenue du trouble panique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — — F28

PASSER À LA PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = Information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inadmissible

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I/DSM-IV-P.1202

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (ASATP)

SI LE SUJET A DÉJÀ RÉPONDU AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE, COCHER
CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 5, QUEST. DE SÉLECTION

OUI

NON

PASSER À LA PAGE
F.13
(PHOBIE SOCIALE)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 5 DU QUESTIONNAIRE DE
SÉLECTION, PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE).

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI : Vous
avez dit que vous avez déjà eu peur
de sortir seul(e), d'être dans une foule
ou une file d'attente, de prendre
l'autobus ou le train...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE
SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ :
Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de
sortir seul(e), d'être dans une foule ou
une file d'attente, de prendre l'autobus
ou le train ?

Que craigniez-vous ?

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3 F29

(1) Peur de se trouver dans des endroits
ou des situations d'où il pourrait être
difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans
lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de
secours en cas de symptômes rappelant
ceux d'une attaque de panique (p.ex.,
étourdissements, diarrhée). Les peurs
agoraphobiques correspondent
habituellement à un ensemble de
situations caractéristiques, comme le fait
de se trouver seul hors de chez soi, d'être
dans une foule ou dans une file d'attente,
sur un pont ou dans un autobus, un train
ou une voiture.

PASSER À LA PAGE
F.13
(PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

une attaque comportant peu de symptômes (une attaque
ressemblant à de la panique, mais comportant moins de quatre
symptômes)

— F30

étourdissement ou chute

— F31

dépersonnalisation ou déréalisation

— F32

perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale

— F33

vomissement

— F34

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intrinsèque

3 = VRAI ou
présence du symptôme

© 1997-2000 SCID-I/2.0

peur de subir une crise cardiaque

— F35

autre (préciser) _____

— F36

Évitez-vous ces situations ?

SI NON : Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex., limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marqué ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3 F37

PASSER À LA PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'avoidance ou de l'évitement phobique, soit la phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), la phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) et l'anxiété de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches).

? 1 2 3 F38

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

PASSER À LA PAGE
F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. UNIFORME PAGE F1.102

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3) SONT
COTÉS "3".

? 1 3 F39

PASSER À LA
PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Agoraphobie sans antécédent de trouble panique

Troubles anxieux — Page F.8

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ÉPROUVÉE PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

CONTINUER

D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intrinsèque

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous évité (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont-ils aux critères de l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

? 1 2 3 F42

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F43

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans trouble panique, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents d'agoraphobie sans trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F44

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans-trouble panique : _____

F45

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS TROUBLE PANIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE ÉPROUVÉS) ?

Âge de survenue de l'agoraphobie sans trouble panique
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

F46

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intralésionnaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Q. n° 6 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI

NON

PHOBIE SOCIALE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 6 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE).

PASSER À LA PAGE
F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 6 : Vous avez dit qu'il y a des choses que vous avez peur de faire en public, comme parler, manger ou écrire ...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Y a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire en public, comme parler, manger ou écrire ?

Pourriez-vous me décrire ce genre de situation ?

Qu'est-ce qui vous faisait peur quand _____ ?

SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC : (Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation ?)

A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).

7 1 2 3 F47

SITUATIONS PHOBOGÈNES (Cocher) :

Parler en public _____ F48
Manger en présence d'autrui _____ F49
Écrire en présence d'autrui _____ F50
Général (la plupart des situations sociales) _____ F51
Autres (Préciser : _____) F52

Remarque : Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches; l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

B. L'exposition au(x) stimulus(s) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.

7 1 2 3 F53

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inférmatoire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

? 1 2 3 F.54

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :
Faites-vous des efforts particuliers pour éviter _____ ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3 F.55

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3 F.56

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3 F.57

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS : (Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intrinsèque

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. L'information est inappropriée.

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, prenez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

STIL EXISTE UN LIEN ENTRE LES PEURS ÉPROUVÉES PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

CONTINUER

... de plus, on peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles des peurs éprouvées (p. ex. : trouble panique sans antécédent d'agoraphobie, angoisse de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
insignifiant

3 = VRAI ou
présence du symptôme

11/11/1998/SCID-I/15/15

H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex., il ne s'agit pas de la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie).

7	1	2	3	FLD
---	---	---	---	-----

PASSER À LA
PAGE F.45
(TROUBLE
ANXIÉLIS NS)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA PHOBIE SOCIALE SONT COTÉS "3".

7 1 3 FBI

PHOBIE SOCIALE

**PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE.)**

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptômes intralévéraux

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des trente derniers jours, est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du mois qui vient de s'écouler.

7 1 3 F62

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

- 4 En remission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En remission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais ne présentant un anamnalytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie sociale :

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie sociale
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER À LA PAGE F.16
(PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptomatic intracranial

3 = VRAI ou présence du symptôme

X-100-010-000-071-R0C

PHOBIE SPÉCIFIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 7 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI

NON

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 7 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF).

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 7 : Vous avez dit qu'il y a d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les endroits fermés ou certains animaux ou insectes...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Y a-t-il d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les espaces clos ou certains animaux ou insectes ?

A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p. ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang).

7 1 2 3 F67

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

B. L'exposition au(x) stimulus(s) phobogène(s) provoque, de façon quasi systématique, une réaction angoissée immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par la situation dans laquelle se trouve le sujet. Remarque : Chez l'enfant, l'angoisse peut se manifester par des pleurs, des crises ou une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

7 1 2 3 F68

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I/DSM-IV

SCID-I (DSM-IV)

Phobie spécifique

Troubles anxieux — Page F.14

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

? 1 2 3 F69

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?
(Y a-t-il des choses que vous évitez de faire mais que vous auriez faites, n'eût été de cette peur ?)

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'appréhension ou de détresse.

? 1 2 3 F70

SI NON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché(e) de vivre une vie normale ?
(Y a-t-il des choses que vous avez évitées parce vous avez peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3 F71

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3 F72

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

© 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 379

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF.

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques de panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier; soit, le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évitement des stimuli associés à un grave facteur de stress), l'angoisse de séparation (p.ex., évitement de l'école), la phobie sociale (p.ex., évitement de certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), le trouble panique avec agoraphobie ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

7 1 2 3 F73

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS "3".

1 3 F74

PHOBIE
SPÉCIFIQUE

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris des insectes)

— F75

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau)

— F76

Phobie liée au sang, aux piqûres ou aux piqures (y compris la vue du sang ou d'une piqûre ou la peur des injections ou des interventions invasives)

— F77

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos)

— F78

Autres types de phobie (p. ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie)

— F79

Préciser: _____

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV) F.20

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, la peur de (PRÉCISER) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du mois qui vient de s'écouler.

? 1 3 F80

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique :

— — — F83

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie spécifique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — F84

PASSER À LA PAGE F.22
(TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intellectuel

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 8 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI NON

SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 8 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE F.23 (COMPULSIONS).

PASSER À LA PAGE F.23 (COMPULSIONS)

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 8 : Vous avez dit que vous avez déjà eu des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser...

A. Soit des obsessions ou des compulsions. Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser ?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui, à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple, avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un, même si vous ne le voulez pas vraiment ou être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés de la réalité vécue.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforiez-vous de les chasser de votre esprit ? (Comment faisiez-vous ?)

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis ?

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

?	1	2	3	
				F85
				F86
				F87
				F88

PAS D'OBSSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

OBSSESSIONS

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSSESSIONS :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inférioritaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 9 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI

NON

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION DE SÉLECTION N° 9, PASSER À LA PAGE F.24 (CONFIRMATION)

PASSER À LA
PAGE F.24
(CONFIRMATION)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 9 : Vous avez dit qu'il vous est arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, comme vous laver les mains à plusieurs reprises, compter jusqu'à un certain nombre, ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, comme vous laver les mains à plusieurs reprises, compter jusqu'à un certain nombre, ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite ?

(Que vous sentiez-vous obligé(e) de faire ?)

DANS LE DOUTE : Pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de (PRÉCISER LA NATURE DU GESTE COMPULSIF) ? Que serait-il arrivé si vous ne vous étiez pas exécuté(e) ?

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous (PRÉCISER LA NATURE DU GESTE COMPULSIF) ? Combien de temps par jour y consacriez-vous ?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p. ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux (p. ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) répétitifs que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés; pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3 Fgq

? 1 2 3 Fg0

COMPULSIONS

PASSER À LA PAGE F.24
(CONFIRMATION)

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV) F.23

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI NE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

Avez-vous (pensé [PRÉCISER LA NATURE DE L'IDÉE OBSEDANTE] et/ou fait [PRÉCISER LA NATURE DE L'ACTIVITÉ COMPULSIVE]) plus que vous ne l'auriez dû (ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable) ?

SI NON : Et au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde ?

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde. Remarque : ce critère ne s'applique pas aux enfants.

Cocher ici _____ si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

Quelles ont été les répercussions de cette (OBSESSION OU COMPULSION) sur votre vie ? Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(s) de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?

(Combien de temps passez-vous à [PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION] ?

C. Les obsessions ou compulsions causant des sentiments marqués de détresse, occasionnant une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet, son fonctionnement professionnel ou ses activités ou relations sociales habituelles.

PASSER À LA PAGE
F.28
(ÉTAT DE STRESS
POST-
TRAUMATIQUE)

PASSER À LA PAGE
F.28
(ÉTAT DE STRESS
POST-
TRAUMATIQUE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermittent

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE.

D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble (p.ex., obsessions de la nourriture, en cas de trouble de l'alimentation, ou de la drogue, en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes, obsessions concernant l'apparence, en cas de dysmorphophobie; peur obsédante d'avoir une maladie grave, en cas d'hypocondrie; sentiment de culpabilité obsédant, en cas d'épisode dépressif majeur ou compulsion à s'arracher les cheveux, en cas de trichotillomanie).

? 1 2 3 *F95*

PASSER À LA PAGE F.28
(ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 *F96*

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'OBSESSION OU LA COMPULSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.28 (ESPT)

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

Exemples de maladie physique: certaines tumeurs du S.N.C.

Par intoxication, on entend: l'intoxication par un psychotrope (cocaïne, amphétamines).

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

CONTINUER

? = information inappropriée

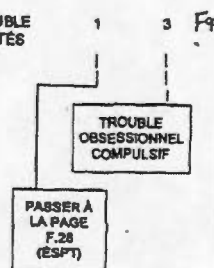
1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminale

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV) F.25

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DU TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF SONT COTÉS



? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intralésionaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

KEY WORDS: *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria meningitidis*; *Neisseria gonorrhoeae*; *Haemophilus influenzae*; *Streptococcus pneumoniae*

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

DANS LE DOUTE: Durant les trente derniers jours, le fait de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) a-t-il eu des répercussions sur votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont-ils aux critères du trouble obsessionnel compulsif.

? 1 3 F98

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble obsessionnel-compulsif : — — —

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?

Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — F102

PASSER À LA PAGE F.28
(BSPT)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

DANS LE DOUTE: Durant les trente derniers jours, le fait de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) a-t-il eu des répercussions sur votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel compulsif.

? 1 3 F98

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble obsessionnel-compulsif : — — —

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?

Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — F102

PASSER À LA PAGE F.28 (ESPT)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS EN RÉPONSE À LA QUESTION CI-DESSUS.

A. Le sujet a été exposé à un ou à plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

(1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée.

7 1 2 3

F105

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ? (Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'honneur ou de l'impuissance ?

(2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une grande peur ou un vif sentiment d'honneur ou d'impuissance.

7 1 2 3

F106

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

Par exemple... Voir à la page 291 (F107)

... Avez-vous pensé malgré vous à (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ou le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

(1) souvenirs répétés et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet;

7 1 2 3

F107

Y avez-vous rêvé ?

(2) rêves répétés concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse;

7 1 2 3

F108

7 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV) F.29

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

7 1 2 3 F109

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3 F110

Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.

? 1 2 3 F111

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "B" EST COTÉE "3".

1 3 F112

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

2 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LAUSANNE/GENÈVE/ULM

[depuis le dernier mois]
 Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE
 L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitement persistant des stimuli associés
 au traumatisme ou épuisement de la
 réactivité générale (ne préexistant pas au
 traumatisme), comme en témoigne la
 présence d'au moins trois des manifestations
 suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour
 éviter de penser ou de parler de ce qui
 s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les
 sentiments ou les conversations associés
 au traumatisme;

? 1 2 3 F113

...avez-vous tout fait pour éviter les
 choses ou les gens qui vous
 rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux
 ou les personnes qui éveillent des
 souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3 F114

...avez-vous été incapable de vous
 rappeler certains détails importants de
 ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect
 important du traumatisme;

? 1 2 3 F115

...avez-vous ressenti beaucoup moins
 d'intérêt pour des activités qui vous
 tenaient à cœur auparavant, comme
 rencontrer des amis, lire, regarder la
 télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des
 activités ayant une valeur significative ou
 de la participation à de telles activités;

? 1 2 3 F116

...vous êtes-vous senti(e) détaché(e)
 ou dépourvu(e) de liens avec les
 autres ?

(5) sentiment de détachement ou
 d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3 F117

...vous êtes-vous senti(e) comme
 engourdi(e), comme si vous
 n'éprouviez plus grand-chose pour qui
 que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité
 à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3 F118

...avez-vous l'impression que vous ne
 voyez plus l'avenir de la même façon,
 que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché »,
 p.ex., pense ne pas pouvoir faire de
 carrière, se marier, avoir des enfants ou
 vivre longtemps.

? 1 2 3 F119

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS
 ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1 3 F120

PASSER À LA
 PAGE F.35
 (ANXIÉTÉ
 GÉNÉRALISÉE)

? = information
 inappropriée

1 = FAUX ou
 absence du symptôme

2 = symptôme
 intrusif

3 = VRAI ou
 présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

? 1 2 3 F121

...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

? 1 2 3 F122

...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

? 1 2 3 F123

...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

? 1 2 3 F124

...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

? 1 2 3 F125

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".

1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intralésionaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois.

?	1	2	3	F127
---	---	---	---	------

**POUR DIAGNOSTIQUER UN ÉTAT DE
STRESS AIGU, PASSER À LA PAGE J.1
(MODULE FACULTATIF)**

**SINON, PASSER À LA PAGE F.35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)**

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

?	1	2	3	F128
---	---	---	---	------

- relations amouneuses

- annis
- travil
- stude
- loigao nates

**PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)**

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS 3.

7	1	2	3	F129
---	---	---	---	------

**PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)**

**ÉTAT DE STRESS
POST.
TRAUMATIQUE**

? = information inappropriate

1 = FALX ou absence du symptôme

2 = syndrome intralésionaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours ^{du dernier} des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois.

? 1 3 F130

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

F131

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:

F132

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

F133

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F134

CONTINUER
À LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**

SI LE SUJET EST UN SCHIZOPHRÈNE EN PHASE RÉSIDUELLE, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

Q. n° 10 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI

NON

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

→ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 10 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

→ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 10 : Vous avez dit que pendant les six derniers mois, vous avez ressenti beaucoup de nervosité ou d'andété...

→ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Au cours des six derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous aussi beaucoup au sujet des événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous (À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ? (COMPARER LA RÉPONSE DU SUJET AVEC CELLE DONNÉE CONCERNANT LA SURVENUE D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR OU D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE.)

A. Andété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire).

? 1 2 3 F135

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? 1 2 3 F136

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? 1 2 3 F137

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

F(2). Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

? = Information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermittent

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des six derniers mois...

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

...vous sentiez-vous souvent agité(e) — aviez-vous de la difficulté à rester en place ?

(1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout;

? 1 2 3 F138

...vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout

...vous fatigiez-vous facilement ?

(2) fatigabilité;

? 1 2 3 F139

...aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ?

(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire;

? 1 2 3 F140

...étiez-vous souvent irritable ?

(4) irritabilité;

? 1 2 3 F141

...aviez-vous souvent les muscles tendus ?

(5) tension musculaire;

? 1 2 3 F142

...aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

(6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur).

? 1 2 3 F143

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN C SONT COTÉS "3"

1 3 F144

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex., peur d'être embarrassé en public (comme dans la phobie sociale), peur de la contamination (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (comme dans l'angoisse de séparation), peur de prendre du poids (comme dans l'anorexie) ou d'être atteint d'une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

1 3 F145

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféminale

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de (MENTIONNER LES SYMPTÔMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie ? (Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3 F46

PASSER À LA PAGE
F.46
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, prenez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 F47

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE INTOX.

PASSER À LA
PAGE F.46
(TROUBLE
ANXIEUX NON
SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B-12, porphyrie, tumeur du S.N.C., troubles vestibulaires, encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Anxiété généralisée

Troubles anxieux — Page F38

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE
L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS "3".

1 3 F148

ANXIÉTÉ
GÉNÉRA-
LISÉE

PASSER À LA
PAGE F.48
(TROUBLE
ANXIEUX NON
SPÉCIFIÉ)

7 = Information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
Infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

L'Université de la Colombie

CHRONOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 **Léger** : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (MENTIONNER LES SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)?

Âge de survenue de l'anxiété généralisée
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F150

**PASSER AU MODULE
SUIVANT**

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptômes intrinsèques

3 = VRAI ou présence du symptôme

REFERENCES

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL

A présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

Au cours des trente derniers jours...

... y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.	?	1	2	3	A1
---	---	---	---	---	----

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).	?	1	2	3	A2
--	---	---	---	---	----

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = Information
insuffisante

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES TRENTE DERNIERS JOURS (OU LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ UNIFORME PENDANT TOUT LE MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous votre appétit ? (Si vous le comparez à votre appétit habituel ?) (Êtes-vous obligé(e) de vous forcer à manger ?) (Mangez-vous [plus ou moins] que d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex. variation de plus de 5 % en un mois) sans que le sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit —
Augmentation de poids ou d'appétit —

... comment qualifieriez-vous votre sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e), vous réveillez-vous trop souvent ou trop tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous comparativement à votre habitude ? Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie —
Hypersomnie —

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se) que vous ne pouviez tenir en place ? (Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est produit — parlez-vous ou bougez-vous plus lentement que d'habitude ? (Votre lenteur était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (non seulement un sentiment subjectif de fibrille ou de ralentissement intérieur mais une manifestation constatée par autrui).

REMARQUE : TENIR COMPTE DU COMPORTEMENT DU SUJET DURANT L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur —
Agitation —

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous sentiez-vous toujours fatigué(e) ? Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

? = Information
Incomplète

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
insubstantiel

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être dérangeante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

? 1 2 3 A13

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nuï ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

? 1 2 3 A15

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant la mort

Idees suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

? 1 2 3 A19

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS (DE A(1) À A(9)) SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 3 A24

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISEDE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

? = Information
insuffisante

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
insignifiants

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Épisode dépressif majeur actuel

Épisodes de troubles thyroïdiens — Page A/1

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DESIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

A
25

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPIISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A
26

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPIISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR PASSÉ)

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

ÉPIISODE DE
TROUBLE
THYROÏDIEN
PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opioïdes, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anodoliques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = Information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
intrinsèques

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

- 1 = dépression majeure
deuil < 2 mois
(critères DSM-IV)
- 2 = dépression majeure
deuil 2 à 6 mois
- 3 = dépression majeure
cause deuil > 6 mois
ou indép. de deuil

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un épisode comme celui-ci ?

Âge du premier épisode dépressif majeur

7 - information
inappropriate
a. not suitable for the task

1 = FAUX du
absence du symptôme

2 = symptoms
infratentorial

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

— SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ PRÉSENTEMENT : Avez-vous déjà connu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

— SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ ACTUELLEMENT MAIS NE RÉPOND PAS À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL : Avez-vous déjà connu une autre période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

— SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : À cette époque, éprouviez-vous beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

— SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : Avez-vous connu une période au cours de laquelle vous éprouviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Étiez-vous ainsi presque tous les jours ? Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au moins deux semaines ?)

Avez-vous connu plus d'une période comme celle-là ? (Laquelle a été la pire ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de telles périodes au cours de la dernière année ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (DE L'EDM)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

7 1 2 3 AS2

7 1 2 3

AS3

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A 16 (ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESSENTI COMME ÉTANT LE PIÈRE. CÉPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIÈRE.

7 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infirmesimure

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LES DEUX PIRES
SEMAINES DE L'ÉPISODE EN
QUESTION

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveilliez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Ou ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est
produit — perliez-vous ou bougiez-
vous plus lentement que d'habitude ?
(Votre lenteur était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ?
Ou ont-ils remarqué ? Était-ce
presque tous les jours ?)

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES
SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE
MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À
DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC
L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit ☐
Augmentation de poids ou d'appétit ☐

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie ☐
Hypersomnie ☐

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur, mais une manifestation
constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur ☐
Agitation ☐

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être dérangeante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A64

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

—

Culpabilité inappropriée

—

A65
A66

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela s'est-il mal ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A67

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

—

Indécision

—

A68
A69

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A70

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

—

Idées suicidaires

—

Projet précis de suicide

—

Tentative de suicide

—

A71
A72
A73
A74

? = information
insuffisante

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS (DE A(1) À A(9)) SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1	3
CONTINUER	

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A. 12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A. 18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

?	1	2	3
CONTINUER			

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A. 12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A. 18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

? 1 3

A77

ST'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS] ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSE) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

? = information
insuffisante

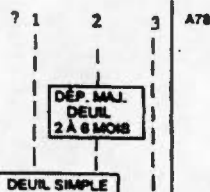
1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
intermédiaires

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.



QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

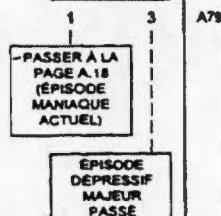
⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

AU MOINS UN ÉPISODE DISTINCT D'UN DEUIL SIMPLE

CONTINUER

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".



Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 00 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF)

A80

A81

? = information manquante

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intrinsèque

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI UN EXAMEN APPROFONDI DE LA MALADIE ACTUELLE NE FOURNIT AUCUNE RAISON DE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

Durant les trente derniers jours, avez-vous connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ? (Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Ressez-vous plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ?

(Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

(Comment vous sentiez-vous ?)

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :

Humeur exaltée ou expansive
Humeur irritable

? 1 2 3 A83

— A84
— A85

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

... durant au moins une semaine (moins, si on a dû hospitaliser le sujet).

? 1 2 3 A86

PASSER À LA
PAGE A.25
(ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LA PIRE PÉRIODE DES TRENTÉ
DERNIERS JOURS DE L'ÉPISODE
ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE),
quand avez-vous été le plus (TERME
UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU
PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus sûr(e) de vous
qu'à l'accoutumée ?) (Étiez-vous doté(e)
de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil
que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e)
malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce
que les autres avaient de la difficulté à vous
arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils
de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bousculaient-elles dans
votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous
concentrer ? Constatiez-vous que n'importe
quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail,
amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au
point que vos amis ou votre famille en
éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE
D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous
agité(e) ? (À quel point ?)

B. Au cours de cette période de perturbation de
l'humeur, au moins trois des symptômes suivants
ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'irritable) et se
sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées
de grandeur. ? 1 2 3 **A89**

(2) Réduction des besoins en matière de
sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après
seulement 3 heures de sommeil). ? 1 2 3 **A88**

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou
besoin de parler sans cesse. ? 1 2 3 **A89**

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives
que les pensées défilent très rapidement. ? 1 2 3 **A90**

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention
du sujet est trop facilement attirée par des
stimuli extérieurs insignifiants ou non
pertinents. ? 1 2 3 **A91**

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un
but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
ou agitation psychomotrice. ? 1 2 3 **A92**

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité
Agitation psychomotrice

A93
A94

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3 4 5

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1 3 4 5

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISE
MANIAQUE
PASSÉ)

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

1 3 4 5

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE A.26
(CRITÈRE C DE
L'ÉPISE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME ÉTANT UN TROUBLE THYMIQUE ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION, PAGE A.46, PLUTÔT QUE COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex., carence en vitamine B₁₂) ou du système endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par **intoxication** on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3".

? 1 3 A48

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX. PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

CONTINUER CI-DESSOUS

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Épisode maniaque actuel

Épisodes de troubles thymiques — Page A.
A.22

Combien de fois avez-vous été
(EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT
UTILISÉ) et avez-vous éprouvé
(NOMMER LES SYMPTÔMES
D'ÉPISODE MANIAQUE RELEVÉS)
pendant au moins une semaine (ou avez-
vous été hospitalisé(e) ?

Nombre d'épisodes maniaques, y compris
l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE
EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU
SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À
DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA
DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS,
PASSER À LA PAGE J.14 (FACULTATIF).

— — — 100

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DYSTHYMIE (ACTUELLE SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET A DÉJÀ CONNU UN ÉPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

☒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DEPUIS DEUX ANS : Durant les deux dernières années, avez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

SI OUI : Comment vous sentiez-vous ?

A. Humeur dépressive (pouvant se traduire par une humeur irritable chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).

? 1 2 3

A 163

PASSER AU
MODULE SUIVANT

☒ SI LE SUJET VIT PRÉSENTEMENT UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL). Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE ACTUEL), aviez-vous une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

☒ SI LE SUJET A VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ainsi que le moment où vous ne souffrez plus de la plupart de ces symptômes. Depuis (DATE OÙ LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR), aviez-vous quand même eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ?

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

DATE À LAQUELLE LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

SI OUI : Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF PASSÉ), aviez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

<p>Durant ces périodes de (TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ POUR DÉSIGNER LA DÉPRESSION CHRONIQUE), vous arrive-t-il souvent...</p>	<p>B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants :</p>					
... de perdre l'appétit ? (ou alors de trop manger ?)	(1) perte de l'appétit ou hyperphagie	?	1	2	3	A164
... d'avoir de la difficulté à dormir ou encore de trop dormir ?	(2) insomnie ou hypersomnie	?	1	2	3	A165
... de manquer d'énergie ou de vous sentir souvent fatigué(e) ?	(3) baisse de l'énergie ou fatigue	?	1	2	3	A166
... de vous juger sévèrement ? (D'avoir le sentiment d'être un(e) propre à rien ou un(e) raté(e) ?)	(4) faible estime de soi	?	1	2	3	A167
... d'avoir de la difficulté à vous concentrer ou à prendre des décisions ?	(5) difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions	?	1	2	3	A168
... d'être désespéré(e) ?	(6) sentiment de désespoir	?	1	2	3	A169
	AU MOINS DEUX DES SYMPTÔMES DU CRITÈRE "B" SONT COTÉS "3".	?	1	2	3	A170
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASSER AU MODULE SUIVANT</div>						
<p>Durant cette période de dépression prolongée, combien de temps a duré la plus long épisode au cours duquel vous vous êtes senti(e) bien ? (OÙ VOUS N'AVEZ PAS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE)</p>	<p>C. Au cours de la période de deux ans (d'un an dans le cas des enfants et des adolescents) les symptômes énumérés en "A" et en "B" n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs.</p>	?	1	3	A171	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASSER AU MODULE SUIVANT</div>						

?	1	2	3
= information inappropriée	= FAUX ou absence du symptôme	= symptômes intermédiaires	= VRAI ou présence du symptôme

Depuis combien de temps vous sentez-vous ainsi ? (Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ?)

D. Le sujet n'a pas connu d'épisode dépressif majeur au cours des deux premières années du trouble (un an pour les enfants et les adolescents); autrement dit, on peut écarter un trouble dépressif majeur chronique ou la rémission partielle d'un épisode dépressif majeur.

7 1 2 3 A172

PASSER AU
MODULE SUIVANT

COMPARER LES DATES DE SURVENUE DES SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE ET DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS PASSÉS POUR VÉRIFIER S'IL Y A EU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE.

Âge de survenue de la dysthymie actuelle (INSCRIRE 99 SI ON NE SAIT PAS)

A173

SI LA DYSTHYMIE A ÉTÉ PRÉCÉDÉE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Maintenant j'aimerais savoir si vous vous étiez complètement rétabli(e) de l'ÉPISODE DE DÉPRESSION MAJEURE dont vous souffriez (DATE) avant que ne commence cette longue période d'humeur légèrement dépressive ? (Avez-vous été complètement rétabli(e) pendant au moins deux mois ?)

Remarque : Quand il y a eu un épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes et de symptômes significatifs depuis deux mois) avant l'apparition de la dysthymie. Par ailleurs, après les deux premières années de dysthymie (un an pour les enfants et les adolescents), des épisodes dépressifs majeurs peuvent se surajouter : dans ce cas, on peut porter les deux diagnostics.

REMARQUE : COTER "3" DANS LES CAS SUIVANTS : (1) SI LE SUJET N'A JAMAIS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR; (2) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DANS LE PASSÉ, MAIS PAS DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE; (3) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, MAIS QU'IL N'A PRÉSENTÉ AUCUN SYMPTÔME PENDANT AU MOINS DEUX MOIS AVANT L'APPARITION DE LA DYSTHYMIE.

E. N'a jamais présenté d'épisode maniaque ni d'épisode hypomaniaque franc.

1 3 A174

PASSER AU
MODULE SUIVANT

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

F. Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble psychotique chronique tels une schizophrénie ou un trouble délirant.

? 1 3 A175

PASSER AU
MODULE SUIVANT

REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET NE SOUFFRE PAS D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE OU SI LA DYSTHYMIE N'EST PAS SURAJOUTÉE À UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE.

NON
SURAJOUTÉ À
UN AUTRE
TROUBLE -
CONTINUER

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

G. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 A176

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie) maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intrinsèque

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : À quel point vos symptômes dépressifs vous empêchent-ils de vivre une vie normale ?

H. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 3

A179

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA
DYSTHYMIE SONT COTÉS "3".

1 3

A178

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

DYSTHYMIE

A179

Indiquer les formes particulières :

1. À début précoce : avant l'âge de 21 ans
2. À début tardif : à partir de 21 ans

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

D. TROUBLES THYMIQUES

SI LE SUJET N'A JAMAIS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES NOTABLES SUR LE PLAN CLINIQUE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

TROUBLE BIPOLAIRE I

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A97 (PAGE A.20) ET A140 (PAGE A.30)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le sujet a déjà connu au moins un épisode maniaque ou un épisode mixte.

Remarque : On définit l'épisode mixte comme étant un épisode durant lequel le sujet satisfait aux critères de l'épisode maniaque et de l'épisode dépressif majeur (sauf en ce qui concerne la durée) pendant au moins une semaine.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

Au moins un de ces épisodes maniaque ou mixte n'est pas directement attribuable à une maladie physique ou à une intoxication.

Remarque : On ne devrait pas tenir compte des épisodes évoquant un épisode maniaque, mais manifestement causés par un traitement antidépresseur physique ou chimique (médicament, électrochocs, photothérapie) pour diagnostiquer le trouble bipolaire I.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme explication possible d'au moins un épisode maniaque ou mixte, et celui-ci ne se surajoute ni à la schizophrénie, ni à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à un trouble psychotique NS.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

TROUBLE
BIPOLAIRE I

Indiquer le type de trouble de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Maniaque
2. Mixte
3. Hypomaniaque
4. Dépressif majeur
5. Non spécifié (c'est-à-dire répondant aux critères de l'épisode maniaque ou hypomaniaque ou de l'épisode dépressif majeur, sauf en ce qui concerne la durée)

PASSER À LA PAGE D.3, ALTERNANCE RAPIDE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE BIPOLAIRE IICODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A123 (PAGE A.27) ET A158 (PAGE A.35)**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**Au moins un épisode hypomaniaque n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.Remarque : On NE DEVRAIT PAS tenir compte
des épisodes évoquant un épisode
hypomaniaque, mais manifestement causés par
un traitement antidépresseur physique ou
chimique (médicament, électrochocs,
photothérapie) pour diagnostiquer le trouble
bipolaire II.CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A27 (PAGE A.5) ET A77 (PAGE A.16)Au moins un épisode dépressif majeur n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.Le sujet n'a jamais connu d'épisode maniaque ni
mixte.REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET N'A
JAMAIS CONNU D'ÉPISODE MANIAQUE.On peut écarter le trouble schizo-affectif comme
cause possible des symptômes thyriques et
ceux-ci ne se surajoutent ni à la schizophrénie, ni
à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble
déliquant, ni à un trouble psychotique non spécifié.Indiquer le type de l'épisode actuel (ou du plus récent) :
1. Hypomaniaque
2. Dépressif majeur? = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
intrinsèque3 = VRAI ou
présence du symptôme

D.2

3 D6

3 D7

3 D8

3 D9

D10

PASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESPASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESPASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESJAMAIS
D'ÉPISODE
MANIAQUEPASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESTROUBLE
BIPOLAIRE II

D3

ALTERNANCE RAPIDE

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Depuis un an, combien avez-vous connu
de périodes au cours desquelles vous
étiez exalté(e) (OU MANIAQUE OU
IRRITABLE OU TERME ÉQUIVALENT
UTILISÉ) et de périodes au cours
desquelles vous étiez déprimé(e) (OU
TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) ?

Au moins quatre épisodes de troubles thymiques
répondant aux critères d'un épisode dépressif,
maniaque, hypomaniaque ou mixte, au cours des
12 derniers mois.

Remarque : Les épisodes doivent être séparés
par une rémission totale ou partielle d'au moins
deux mois ou il doit y avoir alternance entre des
épisodes de polarité opposée (p.ex., passage
d'un épisode dépressif majeur à un épisode
maniaque).

1 3 D1

ALTERNANCE
RAPIDE ACTUELLE

À CARACTÈRE SAISONNIER

SI LE SUJET A CONNU MOINS DE DEUX ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS, COCHER
DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Les
périodes (D'HUMEUR DÉPRESSIVE)
semblent-elles apparaître à peu près à la
même époque de l'année, par exemple,
durant l'automne ou l'hiver ?

A. Il existe une relation temporelle régulière
entre la survenue d'un épisode dépressif majeur
du trouble bipolaire I ou du trouble bipolaire II et
une période particulière de l'année (p.ex., début
régulier de l'épisode dépressif majeur durant
l'automne ou l'hiver).

1 3 D12

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

Remarque : Ne pas inclure les cas où il y a une
relation évidente entre la saison et un stress
psychosocial (p.ex., chômage régulier à chaque
hiver).

1 3 D13

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN :
L'humeur dépressive s'atténue-t-elle à
peu près à la même époque de l'année,
par exemple, au printemps ?

B. Les rémissions complètes (ou le passage de
la dépression à la manie ou à l'hypomanie)
surviennent aussi au cours d'une période précise
de l'année (p.ex., au printemps).

1 3 D14

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Combien de périodes (DE DÉPRESSION)
avez-vous connues au cours des deux
dernières années ?

C. Au cours des deux dernières années, le sujet
a connu deux épisodes dépressifs majeurs
présentant les relations temporelles définies en A
et en B, mais n'a connu aucun épisode dépressif
majeur à caractère non saisonnier.

1 3 D15

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

Combien sont survenues à la même
époque de l'année ?

? = information
inappropriée

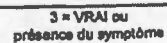
1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1

3 D16



AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

Épisodes maniaques ou hypomaniaques significatifs sur le plan clinique.

**PASSER À LA PAGE D.6,
DÉPRESSION MAJEURE**

QUESTION À POSER AU BESOIN :
 Quelque temps avant la survenue des
 symptômes, aviez-vous souffert d'une
 maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :
 Quelque temps avant la survenue des
 symptômes, preniez-vous des
 médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN POSSIBLE ENTRE LES SYMPTÔMES MANIAQUES OU HYPOMANIAQUES ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

**ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.**

**PASSER AU
MODULE
SUIVANT**

**ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE**

QUESTION À POSER AU BESOIN :
 Quelque temps avant la survenue des
 symptômes, preniez-vous de l'alcool ou
 de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex., carence en vitamine B₁₂) ou du système endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

SUITE DE LA
PAGE
PRÉCÉDENTE

AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

En indiquer le type :

1. Cyclothymie (le sujet doit répondre aux trois critères suivants) :
 - A. Depuis au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), présence de nombreux épisodes hypomaniaques et de nombreuses périodes d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt ou de plaisir ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.
 - B. Au cours de la même période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), le sujet n'a pas eu de période normothymique (c'est-à-dire dénuée de symptômes hypomaniaques ou dépressifs décrits en A) persistant plus de deux mois.
 - C. Absence d'épisode dépressif majeur ou maniaque franc durant les deux premières années du trouble.
2. Épisodes hypomaniaques intermittents (trouble bipolaire NS).
3. Épisode maniaque ou mixte surajouté à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un trouble psychotique NS (bipolaire NS).
4. Autre trouble bipolaire NS : _____

SI LE TROUBLE A ÉTÉ PRÉSENT AU COURS DES TRENTE
DERNIERS JOURS, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU
MODULE SUIVANT

D20

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SYMPTÔMES DE PSYCHOSE ET AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

LE PRÉSENT MODULE SERT À ÉVALUER LES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE QU'AURAIT PU ÉPROUVER LE SUJET À UN MOMENT OU À UN AUTRE AU COURS DE SA VIE, AINSI QUE LES AUTRES SYMPTÔMES QUI S'Y ASSOCIENT.

DÉCRIRE LE CONTENU RÉEL DE CHAQUE SYMPTÔME DE PSYCHOSE COTÉ "3" ET INDIQUER LA DURÉE DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL A ÉTÉ PRÉSENT.

IDÉES DÉLIRANTES

Je vais maintenant vous interroger sur des expériences inhabituelles que vivent parfois certaines personnes.

IDÉES DÉLIRANTES

Croyance personnelle erronée, fondée sur une déduction incorrecte de la réalité et fermement maintenue en dépit de la croyance quasi-générale et de toute preuve évidente et irréfutable du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance acceptée normalement par les autres membres du même groupe culturel que le sujet ou d'un sous-groupe de la même culture. Coter "2" les idées auxquelles le sujet accorde une valeur exagérée (croyances insensées auxquelles le sujet croit, mais avec moins d'intensité que dans le cas des idées délirantes).

Vous a-t-il déjà semblé que les autres parlaient de vous ou vous accordaient une attention particulière ?

Interprétation délirante, c'est-à-dire que le sujet a la conviction que les événements ou encore que les personnes ou les choses qui l'entourent ont une signification particulière ou inhabituelle.

? 1 2 3 5

SI OUI : Aviez-vous la conviction qu'ils parlaient de vous ou avez-vous pensé que c'était peut-être votre imagination ?

DÉCRIRE :

Vous a-t-il semblé recevoir des messages particuliers par l'intermédiaire de la télévision, de la radio, des journaux ou d'après la façon dont les objets étaient disposés autour de vous ?

Idée de persécution, c'est-à-dire que le sujet croit que lui-même, ou le groupe auquel il appartient, est l'objet d'attaques, de harcèlement, de malversations, de persécutions ou de conspirations.

? 1 2 3 5

Vous a-t-il semblé que les gens faisaient exprès pour vous créer des ennuis ou qu'ils essayaient de vous faire du mal ?

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez particulièrement important(e) d'une certaine façon ou que vous déteniez des pouvoirs spéciaux qui vous permettaient de faire des choses que les autres ne pouvaient faire ?

Idée délirante de type mégalomane, c'est-à-dire dont le thème prédominant est une idée exagérée de son pouvoir, de ses connaissances, ou de son importance ou la conviction d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.

? 1 2 3 B3

DÉCRIRE :

Avez-vous déjà eu l'impression que vous n'alliez pas bien du tout, par exemple, que vous aviez le cancer ou quelque autre maladie grave, même si votre médecin vous assurait du contraire ?

Idée délirante de type somatique, c'est-à-dire dont le thème prédominant porte sur des défauts ou des modifications de l'apparence ou du fonctionnement de certaines parties du corps.

? 1 2 3 B4

DÉCRIRE :

Avez-vous déjà eu la conviction qu'il y avait quelque chose qui clochait vraiment concernant votre apparence ?

(Avez-vous déjà eu l'impression qu'il se produisait quelque chose de bizarre dans certaines parties de votre corps ?)

(Avez-vous déjà eu des expériences inhabituelles sur le plan religieux ?)

Autres idées délirantes

? 1 2 3 B5

Cocher selon le cas :

(Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis une faute grave ou que vous aviez fait quelque chose de terrible et que vous méritiez d'être puni(e) ?)

À thème religieux
De culpabilité
À type de jalousie
De type érotomaniaque

— B6
— B7
— B8
— B9

DÉCRIRE :

SI LE SUJET N'A JAMAIS EU D'IDÉES DÉLIRANTES ET S'IL N'Y A PAS LIEU DE SOUPÇONNER LA PRÉSENCE D'ASPECTS PSYCHOTIQUES, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE B.4. HALLUCINATIONS AUDITIVES.

B10

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraïminable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Symptômes de psychoses—Page

53

Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées ou vos actions étaient sous l'emprise de quelqu'un ou de quelque chose d'autre, contre votre gré ?

(Avez-vous déjà eu l'impression qu'on insinuait des pensées étrangères dans votre tête ?)

(Avez-vous déjà eu, au contraire, l'impression qu'on vous soustrayait vos pensées ?)

Idées d'influence, c'est-à-dire croyance que ses
sentiments, ses impulsions, ses pensées ou ses
actions sont sous l'emprise d'une force
extérieure.

Cocher selon le cas :

Pensées imposées

812

Vol de la pensée

B13

DÉCRIRE :

Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient diffusées directement de votre tête vers le monde extérieur, de telle sorte que les autres pouvaient les entendre ?

Avez-vous déjà cru que quelqu'un pouvait lire dans vos pensées ?

Divulgar de la pensée, c'est-à-dire croyance ? 1 2 3 5/4
que ses pensées peuvent être entendues par
autrui.

DÉCRIRE :

Comment expliquez-vous (CONTENU DE L'IDÉE DÉLIRANTE) ?

Idées délirantes bizarres, c'est-à-dire comportant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans le sous-groupe culturel du sujet (p.ex., que le cerveau du sujet a été remplacé par celui d'une autre personne).

DÉCRIRE :

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme
infarctus

3 = VRAI ou
présence du symptôme

HALLUCINATIONS AUDITIVES

Hallucinations (psychotiques)
Perception sensorielle ressemblant à s'y méprendre à celle d'un événement réel, mais ne passant pas par une stimulation extérieure de l'organe sensoriel concerné. (COTER "2" LES HALLUCINATIONS SI PASSAGÈRES QUELLES N'ONT PAS DE SIGNIFICATION SUR LE PLAN CLINIQUE.)

Avez-vous déjà entendu des choses que les autres ne pouvaient pas entendre, comme des bruits ou la voix de personnes en train de parler ou de chuchoter ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

Hallucinations auditives survenant lorsque le sujet est complètement éveillé, qu'il entend dans sa tête ou qui semblent provenir de l'extérieur.

DÉCRIRE :

SI OUI : Qu'avez-vous entendu ?
Cela vous est-il arrivé souvent ? À quelle fréquence ?

Vénir en conversation de choses

PASSER AUX
HALLUCINATIONS
VISUELLES
CI-DESSOUS

SI LE SUJET A ENTENDU DES VOIX : Ces voix passaient-elles des commentaires sur ce que vous faisiez ou ce que vous pensiez ?

Une voix commentant en permanence les actes ou les pensées du sujet à mesure que ceux-ci se déroulent.

Combien de voix avez-vous entendues ? Se parlaient-elles ?

Deux ou plusieurs voix conversant entre elles.

HALLUCINATIONS VISUELLES

Avez-vous déjà eu des visions ou avez-vous déjà vu des choses que les autres ne pouvaient pas voir ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

Hallucinations visuelles.

DÉCRIRE :

REMARQUE : BIEN FAIRE LA DISTINCTION ENTRE HALLUCINATION VISUELLE ET ILLUSION, CETTE DERNIÈRE ÉTANT UNE PERCEPTION ERRONÉE D'UN STIMULUS VISUEL RÉEL.

Vous est-il arrivé d'éprouver des sensations étranges en certaines parties de votre corps ou à la surface de votre peau ?

Hallucinations tactiles, p.ex., chocs électriques.

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminale

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Symptômes de psychose — Page
85

(Vous est-il arrivé de sentir ou de goûter des choses que les autres ne pouvaient sentir ou goûter ?)

Autres types d'hallucinations, p.ex., olfactives ou gustatives. ? 1 2 3 B1

Cocher selon le cas :

Hallucinations gustatives

— B22

Hallucinations olfactives

— B23

DÉCRIRE :

AUTRES SYMPTÔMES

SI L'INTERROGATOIRE NE PERMET PAS DE DÉDUIRE QUE LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE D.

(Permettez-moi de faire une pause, le temps de prendre des notes...)

POUR COTER LES ITEMS SUIVANTS, S'APPUYER SUR L'OBSERVATION DU SUJET ET SUR LES ANTÉCÉDENTS DE CELUI-CI (CONSULTER SES DOSSIERS MÉDICAUX PRÉCÉDENTS ET INTERROGER D'AUTRES OBSERVATEURS (MEMBRES DE SA FAMILLE, PERSONNEL SOIGNANT)).

Catatonie :

Immobilité motrice (c'est-à-dire catalepsie ou stupeur). ? 1 2 3 B24

Activité motrice exagérée (c'est-à-dire agitation apparemment inutile et non influencée par des stimulations extérieures). ? 1 2 3 B25

Négativisme extrême (c'est-à-dire résistance apparemment immotivée à tout ordre ou à toute tentative de faire bouger le sujet) ou mutisme. ? 1 2 3 B26

Adoption de poses ou de mouvements stéréotypés. ? 1 2 3 B27

Écholalie ou échokinésie. ? 1 2 3 B28

DÉCRIRE :

Comportement visiblement désorganisé, pouvant se manifester tant par une insouciance puérile que par une agitation imprévisible. Le sujet aura une tenue débraillée et singulière (p.ex., portera plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par temps chaud), aura un comportement sexuel déplacé (p.ex., se masturbera en public) ou fera preuve d'une agitation imprévisible (p.ex., criera ou blasphémera) sans aucune provocation de la part d'autrui. ? 1 2 3 B29

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

3 = VRAI ou présence du symptôme

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE**TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL
(PASSÉ OU PRÉSENT)**

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDiquer À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ?

que buviez-vous ? En quelle quantité ?

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À L'ALCOOL.

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.5, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intéressant

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. L'INFORMATION

ABUS D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Permettez-moi de vous poser quelques questions additionnelles sur vos habitudes de consommation de boissons alcoolisées.

Vous est-il arrivé d'être intoxiqué(e) ou éméché(e) ou encore d'avoir vraiment la gueule de bois à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou éméché(e) ou que vous aviez vraiment la gueule de bois ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES :
À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?
(À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Vous est-il déjà arrivé de boire à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire en état d'ébriété ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Avez-vous eu des ennuis avec la justice après vous être enivré(e) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous buviez, p.ex., avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales au sujet de vos habitudes de consommation ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à boire ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants, durant une période de 12 mois :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| (1) consommation d'alcool répétée rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'alcool; absences, suspensions ou expulsions de l'école, liées à la consommation d'alcool; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage). | ? | 1 | 2 | 3 | E2 |
| (2) consommation d'alcool répétée dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine) | ? | 1 | 2 | 3 | E3 |
| (3) démissions répétées avec la justice, liées à la consommation d'alcool (p.ex., arrestations pour ivresse et inculpation). | ? | 1 | 2 | 3 | E4 |
| (4) poursuite de la consommation d'alcool malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par l'alcool (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique). | ? | 1 | 2 | 3 | E5 |

? = Information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence de symptômes

2 = symptômes
intrinsèques

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Abus d'alcool

Page E 3

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E6

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE
PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT
LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4.
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence de symptômes

2 = symptômes
initiaux

3 = VRAI ou
présence de symptômes

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éblouissements ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus. ? 1 2 3 E7

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens. ? 1 2 3 E8

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets. ? 1 2 3 E9

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool. ? 1 2 3 E10

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool). ? 1 2 3 E11

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infatigable

3 = VRAI ou présence du symptôme

Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?	(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	? 1 2 3	E12
SI OUI : Combien plus ?	(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;		
SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?	(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.		
Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...	(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	? 1 2 3	E13
	(a) au moins <u>DEUX</u> des critères suivants :		
... de la transpiration ou des palpitations ?	- hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)		
... un tremblement des mains ?	- augmentation du tremblement des mains		
... des troubles du sommeil ?	- insomnie		
... des nausées ou des vomissements ?	- nausées ou vomissements		
... de l'agitation ? -	- agitation		
... de l'irritabilité ?	- anxiété		
(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)	- crises d'épilepsie (grand mal) - illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires		
SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?	(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	? 1 2 3	E14

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.4 ET E.5) ? (Toutes ces manifestations se sont-elles produites à peu près durant la même période?)

AU MOINS TROIS DES ITEMS DE "A" (SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE, PAGES E.4 ET E.5) SONT COTÉS "3" ET SONT SURVENUS PENDANT UNE MÊME PÉRIODE DE 12 MOIS.

1 3 E15

DÉPENDANCE
À L'ALCOOL

Préciser :

- 1 - Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- 2 - Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

E16

PASSER À LA PAGE E.7. CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL (PAGES E.1 À E.3) N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ POSÉES, PASSER À LA PAGE E.1 AFIN DE VÉRIFIER S'IL Y A ABUS D'ALCOOL.

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL ONT ÉTÉ POSÉES ET ONT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN ABUS D'ALCOOL, COTER "3". CI-CONTRE: EN REVANCHE, SI ELLES N'ONT PAS PERMIS DE DIAGNOSTIQUER D'ABUS D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

1 3 E17

PASSER À LA PAGE E.9,
TROUBLES LIÉS À
L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE
L'ALCOOL

ABUS
D'ALCOOL

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — — E18

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des trente derniers jours ?

Le sujet a répondu aux critères de l'abus d'alcool au cours du dernier mois.

? 1 3 E19

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?
(Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

ABUS PASSE

ABUS
PRÉSENT

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS
À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inférioritaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

E26

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quel que ce soit, au cours des trente derniers jours ?

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

? 1 3

E21

SI OUI : Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

PASSER À LA
PAGE E.8
(TYPES DE
REMISSION)

DÉPENDANCE
PRÉSENTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES TRENTE DERNIERS JOURS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

E22

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = Information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
inféminales

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV) E.7

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

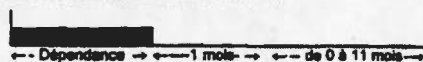
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____

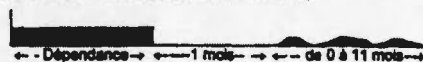
E23

- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.

E24



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste-antagoniste.

E25

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous.

?	1	2	3
Information inappropriée	FAUX ou absence du symptôme	symptôme intrinsèque	VRAI ou présence du symptôme

**TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES
QUE L'ALCOOL
(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)**

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage
que vous faites des drogues ou des médicaments.

**PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE
PSYCHOTROPES.**

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour
atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou
encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

E 36

**DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES
LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.**

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou
d'un médicament :

- ⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle
époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA
DROGUE) ?

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de
10 fois en l'espace d'un mois.

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par
mois ?)

- ⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT : Vous est-il déjà arrivé
de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE
MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre
beaucoup plus que la dose recommandée ?

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un
médicament OU en a utilisé en quantité supérieure
aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

- ⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ
QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE
CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.
- ⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE
FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.
- ⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE
PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE
EN (B) EST VRAIE.

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE".	INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.	INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)	
Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques : Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restonil ou autre : _____	_____	? 1 2 3	E27
Cannabis : marijuana, hashisch, THC ou autre : _____	_____	? 1 2 3	E28
Stimulants : amphétamines, "speed", méthamphétamine ("crystal"), Dexadrine, Ritalin, "ice" ou autre : _____	_____	? 1 2 3	E29
Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____	_____	? 1 2 3	E30
Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase", "crack", "speedball" ou autre non précisé : _____	_____	? 1 2 3	E31
Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy, MDA ou autre : _____	_____	? 1 2 3	E32
Autres : stéroïdes anabolisants, "coke", solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir) ou pilules pour dormir vendus sans ordonnance ou autres non précisés ou non déterminés : _____	_____	? 1 2 3	E33
AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"		1 3	E34

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = information inappropriée	1 = drogue jamais consommée ou consommée une fois seulement	2 = drogue consommée de 2 à 10 fois par mois	3 = drogue consommée plus de 10 fois par mois ou dépendance à un médicament
------------------------------	---	--	---

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCEPTEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3 E 35

COTER LA
COLONNE
INTITULÉE
POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCEPTEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
incomplètement

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3").

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E43

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E51

? = Information
insuffisante

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COG.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(5) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E50	E51	E52	E53	E54	E55	E56	E57

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = information
insuffisante

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inférioritaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

**LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES
(TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)**

On trouve ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissent quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période ?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
3	3	3	3	3	3	3	3
E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1	1	1
E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1	1	1
E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

DANS LE DOUTE : Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des trente derniers jours ?

Si OUI : Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY.	AUTRE
----------------------------	-------	-------	--------	------	----------------	-------	-------

3	3	3	3	3	3	3	3
E116	E117	E118	E119	E120	E121	E122	E123

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours du mois écoulé ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.

1	1	1	1	1	1	1	1
E124	E125	E126	E127	E128	E129	E130	E131

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDICUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIÈRE SEMAINE DES TRENTÉ DERNIERS JOURS (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).	SÉD., HYPN., ANXOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3
	E132	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E139

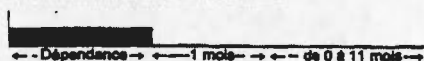
- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

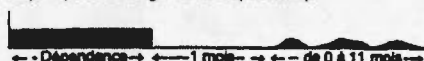
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.6).

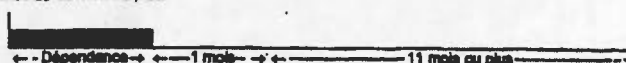
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.	SÉD., HYPN., ANXIOG.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
Rémission complète au stade précoce :	1	1	1	1	1	1	1	1
Rémission partielle au stade précoce :	2	2	2	2	2	2	2	2
Rémission complète et soutenue :	3	3	3	3	3	3	3	3
Rémission partielle et soutenue :	4	4	4	4	4	4	4	4
Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) :	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé :	—	—	—	—	—	—	—	—
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E146	E147

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "3" À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E163	E154	E155

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intermédiaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E155	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E163

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(3) difficultés répétées avec la justice, liées à la consommation d'un psychotrope (p.ex., arrestations pour conduite liée à la consommation d'une substance).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E171

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
intermédiaires

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E179

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) :	3	3	3	3	3	3	3	3
Au moins un des items de "A" est coté "3".	1	1	1	1	1	1	1	1
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E187

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE) :								
Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des trente derniers jours.	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1
DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E195

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Reston

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Séroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 1

G. TROUBLES SOMATOFORMES

Depuis quelques années, quel est votre état de santé physique?

Avez-vous été obligé de consulter votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien? (à quelle fréquence, pour quel genre de troubles?)

SI OUI: Le médecin a-t-il été en mesure de trouver ce qui n'allait pas à chaque fois?

Y a-t-il eu des fois où il vous a dit que tout allait bien même si vous étiez certain que quelque chose n'allait pas?

Vous en faites-vous beaucoup pour votre santé? Votre médecin pense-t-il que vous vous en faites trop?

Parfois les gens se sentent préoccupés par leur apparence physique. Est-ce le cas en ce qui vous concerne?

SI OUI: Parlez-moi de ce qui vous préoccupe à ce sujet?

SI AUCUN INDICE NE PERMET DE PRÉSUMER QUE LE SUJET SOUFFRE PRÉSENTEMENT D'UN TROUBLE SOMATOFORME, COCHER ICI _____ ET ALLER AU PROCHAIN MODULE.

G1

SI LE SUJET VOUS A FAIT PART SEULEMENT D'UNE PRÉOCCUPATION AU NIVEAU DE SON APPARENCE PHYSIQUE, COCHER ICI _____ ET ALLER À *DYSMORPHOPHOBIE: PEUR D'UNE MALFORMATION CORPORELLE* G. 12.

TROUBLES DE SOMATISATION (ACTUEL SEULEMENT)**CRITÈRES DES TROUBLES SOMATOFORMES**

Avez-vous été souvent malade au cours de votre vie?

A. Une histoire de plusieurs plaintes physiques ou croyances d'être malade commençant avant l'âge de 30 ans et persistant pendant plusieurs années.

? 1 2 3

G2

SI OUI: Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à souffrir de nombreux maux ou à être malade?

Âge au début (COTER 99 SI INCONNU)

Allez à
*Trouble
douloureux*
G. 7

G3

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 2

ATTRIBUER UNE COTE DE "3" À CHACUN DES SYMPTÔMES CI-DESSOUS SEULEMENT SI CEUX-CI RENCONTRENT LES 3 CONDITIONS CI-CONTRE. AU BESOIN, POSER LES QUESTIONS SUIVANTES:

Avez-vous consulté un médecin?

SI OUI: Quel diagnostic a-t-il posé? Selon lui, quelle était la cause (origine) de votre problème? A-t-il trouvé quelque chose d'anormal dans les résultats de vos examens ou de vos radiographies?

SI UNE AFFECTION MÉDICALE EST LA SOURCE DU SYMPTÔME: Jusqu'à quel point le... (préciser le SYMPTÔME en question) vous a-t-il dérangé ou vous a-t-il nuit dans votre vie?

SI NON: Avez-vous beaucoup de difficulté à vivre une vie normale à cause de...

(préciser le SYMPTÔME en question). Avez-vous de la difficulté à faire votre travail ou à voir vos amis?

(Prenez-vous des médicaments, drogues ou alcool durant la période où vous éprouviez le SYMPTÔME en question?)

Les conditions (1), (2) et (3) doivent être respectées pour qu'un symptôme soit coté "3":

- (1) le symptôme entraîne la recherche d'un traitement ou est à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social, occupationnel ou dans d'autres domaines importants.
- (2) soit (a) ou (b)
 - (a) suite à une investigation médicale, le symptôme ne peut pas être expliqué complètement par une affection médicale générale connue ou par les effets d'une substance.
 - (b) si les malaises surviennent alors que le sujet est atteint d'une affection médicale générale, ses plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résultent sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.
- (3) les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le Trouble Factice ou la Simulation)

Maintenant je vais vous poser des questions sur des symptômes physiques que vous avez peut-être éprouvés au cours des dernières années.

Vous est-il déjà arrivé

... d'avoir de la difficulté à marcher?

... de paralyser ou d'avoir des accès de faiblesse et de ne pouvoir soulever ou déplacer des objets que vous pouviez soulever ou déplacer en temps normal?

... d'avoir de la difficulté à avaler ou l'impression de ressentir une boule dans la gorge?

B. Chacun des critères suivants doivent avoir été remplis, les symptômes eux-mêmes survenant à n'importe lequel des moments de l'évolution de la perturbation.

(4) Un symptôme pseudoneurologique: antécédents d'au moins un symptôme ou un déficit évoquant une affection neurologique autre qu'une douleur. Par exemple:

... trouble de coordination ou d'équilibre ...

... paralysie ou faiblesse musculaire localisée ...

... difficulté à avaler ou impression d'une boule dans la gorge ...

? 1 2 3 G4

? 1 2 3 G5

? 1 2 3 G6

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 3

... de perdre la voix pour plus de quelques minutes?	... aphonie...	? 1 2 3	G7
... de ne pas pouvoir uriner durant toute une journée (sauf après un accouchement ou une chirurgie)?	... une rétention urinaire...	? 1 2 3	G8
... de ressentir un engourdissement, picotements ou l'impression que vous avez des aiguilles dans différentes parties de votre corps?	... une perte de sensibilité tactile ou des sensations douloureuses...	? 1 2 3	G9
... d'avoir une vision double?	... une diplopie...	? 1 2 3	G10
... d'être complètement aveugle pour plus de quelques secondes?	... une cécité...	? 1 2 3	G11
... d'être complètement sourd(e) pour plus de quelques secondes?	... une surdité...	? 1 2 3	G12
... d'avoir des convulsions?	... des crises convulsives...	? 1 2 3	G13
... de vivre une période de quelques heures ou de quelques jours où vous ne vous souvenez pas de ce qui s'est passé?	... une amnésie...	? 1 2 3	G14
... de perdre conscience de ce qui se passait autour de vous?	... une perte de conscience autre qu'un évanouissement...	? 1 2 3	G15
SI OUI: Était-ce parce que vous vous étiez évanoui?	B (4) UN SYMPTÔME PSEUDO-NEUROLOGIQUE EST COTÉ "3"	1 3	G16
	<div> <div> Aller à *Troubles doulou- reux* G. 7 </div> <div> CON TI NU ER </div> </div>		
Vous est-il déjà arrivé	(1) <i>Quatre symptômes douloureux:</i> antécédants de douleurs touchant au moins quatre localisations ou fonctions du corps. Par exemple:		
... d'avoir des maux de tête fréquents?	... la tête...	? 1 2 3	G17
... d'avoir souvent des problèmes intestinaux ou des douleurs à l'estomac?	... l'abdomen...	? 1 2 3	G18
... d'avoir souvent mal dans le dos?	... le dos...	? 1 2 3	G19

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 4

... d'avoir des douleurs dans les jointures ou les articulations?	... les articulations...	? 1 2 3	G20
... d'avoir des douleurs dans les bras ou les jambes?	... les extrémités...	? 1 2 3	G21
... d'avoir des douleurs à la poitrine?	... la poitrine...	? 1 2 3	G22
POUR LES FEMMES: sauf lors de votre première année menstruelle, avez-vous eu des menstruations douloureuses?	... durant les menstruations...	? 1 2 3	G23
SI OUI: Plus que la plupart des femmes?			
Est-ce que vos rapports sexuels sont physiquement douloureux?	... durant les rapports sexuels...	? 1 2 3	G24
Avez-vous déjà eu des douleurs lorsque vous urinez?	... durant la miction...	? 1 2 3	G25
Vous est-il déjà arrivé d'avoir mal ailleurs (à d'autres endroits que ceux déjà mentionnés)		? 1 2 3	G26
B (1) QUATRE SYMPTÔMES DOULOUREUX SONT COTÉS "3"		1 3	G27
		<div> <div> Aller à *Troubles doulou- reux* G. 7 </div> <div> CON- TI- NU- ER </div> </div>	
Avez-vous déjà eu beaucoup de problèmes avec...	(2) Deux symptômes gastro-intestinaux: antécédants d'au moins deux symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs. Par exemple:		
... des nausées: avoir des maux de coeur sans vomir?	... nausées..	? 1 2 3	G28
... des flatulences (gaz intestinal) ou des ballonnements d'estomac ou d'abdomen?	... ballonnements...	? 1 2 3	G29
... des vomissements (en dehors des grossesses)?	... vomissements autres que durant la grossesse...	? 1 2 3	G30

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 5

... des selles molles ou de la diarrhée?	... diarrhée...	?	1	2	3	G31
Est-ce qu'il y a des aliments que vous ne pouvez pas manger parce qu'ils vous rendent malade? Lesquels?	... intolérance à plusieurs aliments...	?	1	2	3	G32
B (2) DEUX SYMPTÔMES GASTRO- INTESTINAUX SONT COTÉS "3"						G33
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Aller à *Troubles doulou- reux* G. 7 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> CON- TI- NU- ER </div> </div>						
Maintenant, je vais vous poser des questions concernant votre vie sexuelle.	(3) Un symptôme sexuel: antécédent d'au moins un symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre qu'une douleur. Par exemple:					
Diriez-vous que votre vie sexuelle est importante pour vous ou qu'au contraire, vous pouvez vous en passer facilement?	... indifférence sexuelle...	?	1	2	3	G34
POUR LES HOMMES: Avez-vous déjà eu souvent des problèmes sexuels, comme ne pas être capable d'avoir une érection?	... dysfonction érectile ou éjaculatoire..	?	1	2	3	G35
POUR LES FEMMES: Si l'on ne tient pas compte de votre première année de menstruations, avez-vous eu des cycles irréguliers?	... règles irrégulières...	?	1	2	3	G36
SI OUI: Plus que la plupart des femmes?						
Est-ce que vous avez des saignements abondants pendant vos menstruations?	... règles excessives...	?	1	2	3	G37
SI OUI: Plus que la plupart des femmes?						
SI A ACCOUCHÉ: Avez-vous des vomissements pendant toute votre grossesse?	... vomissements tout au long de la grossesse..	?	1	2	3	G38
B (3) UN SYMPTÔME SEXUEL EST COTÉ "3"						G39
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Aller à *Troubles doulou- reux* G. 7 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> CON- TI- NU- ER </div> </div>						

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

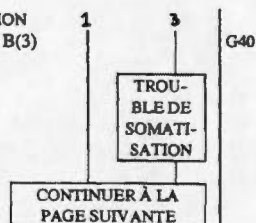
SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Somatisation

Somatoformes G. 6

TROUBLE DE SOMATISATION
CRITÈRES A, B(1), B(2), B(3)
ET B(4) SONT COTÉS "3".



? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-I (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Trouble somatoforme indifférencié

Somatoformes G. 8

Trouble somatoforme indifférencié (actuel seulement)

CRITÈRES POUR LE Trouble somatoforme indifférencié

SI LE SUJET SOUFFRE DE TROUBLE SOMATOFORME OU TROUBLE DOULOUREUX, COCHER ICI _____ ET ALLER À ***HYPOCONDRIE***, G. 10.

EN TEMPS NORMAL, LES INFORMATIONS QUE VOUS AVEZ OBTENUES AU DÉBUT DU CHAPITRE ET LORS DU PROFIL DEVAIENT VOUS ÊTRE SUFFISANTES POUR FAIRE LA COTATION. SINON, POSER DES QUESTIONS ADDITIONNELLES.

POUR CHAQUE SYMPTÔME RAPPORTÉ, VÉRIFIER SI LES CRITÈRES SONT REMPLIS EN POSANT LES QUESTIONS SUIVANTES:

Avez-vous parlé de votre (symptôme) à votre médecin?

Quel diagnostic vous a-t-il donné?

Selon lui, quelle est la cause de votre problème?

A-t-il trouvé quelque chose d'anormal dans vos examens ou vos radiographies?

Prenez-vous des médicaments, drogues ou alcool, au moment où votre (symptôme) a débuté?

SI LE PROBLÈME EST RELIÉ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE: Quel genre de trouble vous occasionne votre (symptôme physique)?

A. Une ou plusieurs plaintes physiques (ex: fatigue, perte d'appétit, plaintes gastro-intestinales ou urinaire)

DÉCRIRE:

B. Soit (1) ou (2):

(1) suite à une investigation médicale appropriée, les symptômes ne peuvent s'expliquer par une affection médicale générale, ni par les effets directs d'une substance, (ex: une substance donnant lieu à un abus, un médicament)

(2) quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résultent sont nettement disproportionnées par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.

? 1 2 3 G47

Allez à
Hypocondrie
G. 10

? 1 2 3 G48

? 1 2 3 G49

NI L'UN NI
L'AUTRE
DES ITEMS
1 OU 2
SONT
COTÉS "3"
ALLER À
Hypocondrie
G. 10

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

QUESTION À POSER AU BESOIN :

À quel point ces symptômes vous ont-ils empêché (é) de vivre une vie normale? (Vous ont-ils empêché(e) de faire votre travail ou de voir vos amis ?)

- C. Les symptômes entraînent une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou autre. ? 1 2 3 650

PASSER À LA
PAGE G.10
HYPOCONDRIE

(Quand tout cela a-t-il commencé ?)

- D. Le trouble dure depuis au moins six mois. ? 1 2 3 651

PASSER À LA
PAGE G.10
HYPOCONDRIE

Age de survenue : 652
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

REMARQUE :

S'IL SEMBLE POSSIBLE QUE LE SUJET SOUFFRE D'HYPOCONDRIE, D'APRÈS SES RÉPONSES AUX QUESTIONS DE DÉPISTAGE POSÉES AU DÉBUT DU PRÉSENT MODULE, PASSER DÈS MAINTENANT À LA PAGE G. 10, AVANT DE REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION.

- E. On peut écarter les troubles mentaux suivants comme cause possible des difficultés éprouvées par le sujet : ? 1 2 3 653

- autre trouble somatoforme,
- dysfonction sexuelle,
- trouble de l'humeur,
- trouble anxieux,
- trouble du sommeil
- trouble psychotique

PASSER À LA
PAGE G.10
HYPOCONDRIE

- F. Le sujet ne provoque ni ne simule le symptôme en question (comme dans les cas de troubles factices ou de simulation). ? 1 2 3 654

PASSER À LA
PAGE G.10
HYPOCONDRIE

LES CRITÈRES A, B, C D, E, ET F DU TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ SONT CÔTÉS "3" 1 3 655

PASSER À LA
PAGE G.10
HYPOCONDRIE

TROUBLE
SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = Présent ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

G. 10

***HYPOCONDRIE* (actuel
seulement)**

Etes-vous inquiet(e) ou pensez-vous souvent que vous avez une maladie grave que les médecins n'arrivent pas à trouver?

Qu'est-ce qui vous amène à penser que vous avez quelque chose de grave? (D'après vous, de quoi pensez-vous souffrir?)

D'après le médecin, qu'est-ce que vous avez?

CRITÈRES POUR L'HYPOCONDRIE

A. Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.

DÉCRIRE:

B. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.

C. La croyance exposée dans le critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le Trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence comme dans le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle.

D. La préoccupation est l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

? 1 2 3

Aller à
dysmorpho
phobie
G. 12

G56

? 1 2 3

Aller à
dysmorpho
phobie
G. 12

G57

? 1 2 3

Aller à
dysmorpho
phobie
G. 12

G58

? 1 3

Aller à
dysmorpho
phobie
G. 12

G59

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Hypocondrie

Somatoformes G. 11

(Quand est-ce que tout ça a commencé?)

E. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.

7 1 2 3 G60

Allez à
dysmorpho
phobie
G. 12

Âge du début (COTER 99 SI INCONNU)

G61

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble d'anxiété généralisée, un Trouble obsessionnel compulsif, un Trouble panique, un Épisode dépressif majeur, une Angoisse de séparation ou un autre Trouble somatoforme.

7 1 2 3 G62

Allez à
dysmorpho
phobie
G. 12

LES CRITÈRES D'UNE HYPOCONDRIE A, B, C, D, E, ET F SONT COTÉS "3"

1 3 G63

NOTER: Si nécessaire, recoter le critère E. dans le Trouble somatoforme indifférencié.

HYPO-
CON-
DRIE

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

7 = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

SCID-1 (DSM-IV) Version 2.0

(Fév. 1996 Final)

Dysmorphophobie

Somatoformes G. 12

***DYSMORPHOPHOBIE * (actuel
seulement)****CRITÈRES POUR LA
DYSMORPHOPHOBIE**

SI LE SUJET NIE TOUTES PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT SON APPARENCE, COCHER
ICI _____ ET ALLER AU PROCHAIN MODULE.

Vous m'avez dit que vous êtes
incommodé par votre apparence
physique (défauts de l'apparence).
À quel point y pensez-vous?

A. Préoccupation concernant un
défaut imaginaire de l'apparence
physique. Si un léger défaut physique
est apparent, la préoccupation est
manifestement démesurée.

? 1 2 3

G64

ALLER AU
PROCHAIN
MODULE

Prenons une journée normale: vous
passez combien de temps dans une
journée à y penser? Au moins une
heure?

NOTER: COTER "3" SEULEMENT SI
LE DÉFAUT EST IMAGINAIRE OU
EXAGÉRÉ.

? 1 2 3

G65

SI INCONNU: Jusqu'à quel point ce
problème a-t-il nuit à votre vie?
(Avez-vous eu de la difficulté à
travailler ou à socialiser avec vos
amis?)

B. La préoccupation est à l'origine
d'une souffrance cliniquement
significative ou provoque une
altération du fonctionnement social,
professionnel ou dans d'autres
domaines importants.

ALLER AU
PROCHAIN
MODULE

C. La préoccupation n'est pas mieux
expliquée par un trouble mental (ex:
une Anorexie mentale où il existe une
insatisfaction concernant les formes et
les dimensions du corps).

? 1 2 3

G66

ALLER AU
PROCHAIN
MODULE

LES CRITÈRES A, B, ET C, SONT
COTÉS "3".

1 3

G67

ALLER AU
PROCHAIN
MODULE

Dys
mor
pho
bie

SI INCONNU: Quel âge aviez-vous
quand (les symptômes de la
dysmorphophobie ont débuté?)

Âge du début de la dysmorphophobie
(COTER 99 SI INCONNU)

G68

ALLER AU
PROCHAIN MODULE

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrai

Q. n° 11 (QUEST. DE SÉLECTION)

NON

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

PASSER A LA
PAGE H.4.
BOULMIE

A. Refus de maintenir un poids égal ou supérieur au poids minimum normal pour l'âge et la taille (p.ex., perte de poids visant à maintenir un poids inférieur à 85 % de la normale ou incapacité de prendre du poids pendant une période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % de la normale).

7 1 2 3 H1

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, même lorsque le poids est inférieur à la normale.

C. Anomalie de perception de son poids, ou de ses formes, exagération de l'importance du poids ou de la forme relativement à l'estime de soi ou refus de reconnaître les dangers inhérents à l'importance de la perte de poids.

7 1 2 3 H2

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

**PASSER À LA
PAGE H.4,
BOULIMIE**

3 = VRAI ou présence du symptôme

QUESTION À POSER AUX SUJETS DE SEXE FÉMININ : Avant de vous mettre à maigrir, aviez-vous encore vos règles ? Se sont-elles arrêtées ? (Pendant combien de temps ?)

D. Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de règles durant au moins trois cycles consécutifs. (On considère qu'une femme souffre toujours d'aménorrhée si ses règles surviennent uniquement à la suite d'une administration d'hormones, p.ex., d'œstrogènes).

*Le recorder va jusqu'à 2 à 35 suite
"oui" ou "non" qui il y a W "non"
ou "oui" et mettre une note*

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ANOREXIE MENTALE SONT COTÉS "3".

(Vous arrive-t-il d'avoir des accès de frénésie alimentaire, au cours desquels vous avez l'impression de perdre la maîtrise de ce que vous mangez et où vous mangez beaucoup durant un court laps de temps ? (À quelle fréquence cela se produit-il ?)

SOUS-TYPE DE L'ÉPISODE ACTUEL : Au cours de l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a eu des accès fréquents d'hyperphagie incontrôlée ou de purification (c'est-à-dire de vomissements provoqués, ou de recours non motivé à des laxatifs, à des diurétiques ou à des lavements).

SINON : Quels moyens avez-vous pris pour vous empêcher de prendre du poids ? (Vous êtes-vous déjà fait vomir, avez-vous pris des laxatifs ou des diurétiques ou vous êtes-vous donné des lavements ? (À quelle fréquence ?)

	7	1	2	3	H4
PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE					
PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE		1		3	H5
ANOREXIE MENTALE					
DE TYPE RESTRICTIF		1		3	H6
DE TYPE BOULIMIE/VOMISSEMENTS					

7 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE L'ANOREXIE MENTALE) ? . .

Le sujet a répondu aux critères de l'anorexie mentale au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B et C).

7 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'anorexie mentale, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'anorexie mentale, mais qui suit une séance de thérapie hebdomadaire et n'a éprouvé aucun symptôme depuis un an.
- 6 Antécédents d'anorexie mentale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'anorexie mentale :

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANOREXIE MENTALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) ?

Âge de survenue de l'anorexie mentale
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

**PASSER À LA PAGE H.4,
BOULIMIE**

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
intra-utérins

3 = VRAI ou
présence du symptôme

BOULIMIE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 12 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUJ

NON

SI : LE SUJET RÉPOND PRÉSENTEMENT AUX CRITÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE,
COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 12 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER AU MODULE SUIVANT.

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 12 : Vous avez dit qu'il vous était souvent arrivé de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire. Veuillez me décrire ce qui s'est passé.

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il arrivé souvent de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire ? Racontez-moi ce qui s'est passé dans ces cas-là.

A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée comporte les DEUX caractéristiques suivantes :

(2) Un sentiment de perte de maîtrise du comportement alimentaire durant les épisodes d'hyperphagie (p.ex., l'impression de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de n'avoir aucune maîtrise sur la nature et la quantité des aliments ingérés).

7 1 2 3

III.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

DANS LE DOUTE : Dans ces cas-là, vous arrive-t-il souvent de manger, en l'espace de deux heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une énorme quantité de nourriture ? Pourriez-vous me fournir des précisions là-dessus ?

(1) L'ingestion, pendant un intervalle de temps donné (p.ex., en l'espace de deux heures) d'une quantité de nourriture indéniablement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient durant la même période et dans les mêmes circonstances.

7 1 2 3

H12

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Avez-vous fait quoi que ce soit pour contrebalancer les effets que pourrait entraîner le fait de manger autant ? (Par exemple, en vous faisant vomir, en prenant des laxatifs ou des diurétiques, en vous administrant des lavements, en entreprenant un jeûne ou un régime sévère ou en faisant beaucoup d'exercice ?)

B. Comportement compensatoire inapproprié et répété visant à prévenir une prise de poids, par exemple : vomissements provoqués, usage inapproprié de laxatifs, de diurétiques, de lavements, ou d'autres médicaments ou techniques, jeûne ou exercices excessifs.

?	1	2	3
---	---	---	---

H13

**PASSER À LA
PAGE H.7.
HYPERPHAGIE
INCONTRÔLÉE**

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminale

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA BOULIMIE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE BOULIMIE) ?

Le sujet a répondu aux critères de la boulimie au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B, C, D et E).

?

1

3

H8

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

H9

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA BOULIMIE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la boulimie, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de boulimie, mais qui prend un médicament et n'a éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de boulimie : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

H20

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE BOULIMIE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de boulimie : _____

H21

ÂGE DE SURVENUE DE LA BOULIMIE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE BOULIMIE) ?

Âge de survenue de la boulimie (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

H22

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information

1 = FAUX ou

2 = symptôme

3 = VRAI ou

À quelle fréquence cela vous est-il arrivé de manger autant et de (NOMMER LES MOYENS COMPENSATOIRES UTILISÉS) ? (Au moins deux fois par semaine durant au moins trois mois ?)

« Votre poids et votre ligne comptaient-ils parmi les éléments les plus importants qui puissent influencer l'opinion que vous aviez de vous-même ? »

C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires inappropriés sont tous deux survenus, en moyenne, au moins deux fois par semaine durant trois mois.

D. L'estime de soi repose de façon exagérée sur le poids et la ligne.

E. Le trouble ne survient pas uniquement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DE LA BOULIMIE SONT COTÉS "3".

EN PRÉCISER LE TYPE :

Au cours de l'épisode actuel de boulimie, le sujet s'est régulièrement forcé à vomir ou a utilisé à tort des laxatifs, des diurétiques ou des lavements.

·? 1 2 3 45

**PASSER À LA
PAGE H.7.
HYPERPHAGIE
INCONTRÔLÉE**

7 1 2 3 HIS

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

7 1 2 3 HIG

**PASSER AU
MODULE
SUIVANT**

1 . 3 HIF

**PASSER AU
MODULE
SUIVANT**

BOULMIE

1 3 H17

DE TYPE NON
PURGATIF

**DE TYPE
PURGATIF**

? = information incorporated

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraklinique

3 = VRAI ou
présence du symptôme

**SYNDROME D'HYPERPHAGIE
INCONTRÔLÉE****CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**

Au cours de ces épisodes de frénésie
alimentaire...

... mangiez-vous beaucoup plus vite que
d'habitude ?

... mangiez-vous jusqu'à éprouver des
maaises, tellement vous aviez l'estomac
plein ?

... mangiez-vous de grandes quantités
d'aliments alors que vous n'aviez pas faim
du tout ?

... mangiez-vous seul(e) de peur d'avoir
honte de la quantité de nourriture que
vous preniez ?

... après avoir fini de manger de la sorte,
éprouviez-vous du dégoût envers vous-
même ou vous sentiez-vous déprimé(e)
ou coupable ?

B. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée
s'accompagnent d'au moins trois des
caractéristiques suivantes :

(1) le sujet mange beaucoup plus vite que la
normale

(2) le sujet mange jusqu'à atteindre un tel état
de réplétion qu'il en éprouve des maaises

(3) le sujet mange de grandes quantités de
nourriture même s'il n'a pas faim

(4) le sujet mange seul parce qu'il a honte des
quantités de nourriture qu'il ingère

(5) le sujet éprouve du dégoût, de la dépression
ou un vif sentiment de culpabilité après l'accès
d'hyperphagie

AU MOINS TROIS ITEMS SONT COTÉS "3".

Cela vous affectait-il beaucoup de ne pas
pouvoir vous arrêter ou de perdre la
maîtrise de ce que vous mangiez ou des
quantités que vous ingériez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : À
quelle fréquence ces épisodes de frénésie
alimentaire survenaient-ils ? (Pendant
combien de temps étiez-vous en proie à
ce genre d'épisodes ?) (Au moins deux
jours par semaine pendant au moins six
mois ?)

D. L'hyperphagie incontrôlée survient en
moyenne au moins deux fois par semaine,
pendant 6 mois.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

WHOQOL-BREF

Cette évaluation porte sur vos sentiments à l'égard de votre qualité de vie, de votre santé et d'autres aspects de votre vie. Veuillez répondre à toutes les questions. Dans l'incertitude, veuillez choisir la réponse qui semble la plus appropriée - c'est souvent la première réaction qui est la plus juste.

Veuillez garder à l'esprit vos valeurs, vos espoirs, vos plaisirs et vos préoccupations. Nous vous demandons de penser à votre vie au cours des deux dernières semaines.

Exemple :

Obtenez-vous des autres le genre de soutien dont vous avez besoin?

1	2	3	4	5	
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement	

Si, au cours des deux dernières semaines, vous avez obtenu beaucoup de soutien des autres, il vous faudrait encercler le numéro 5.

Obtenez-vous des autres le genre de soutien dont vous avez besoin?

1	2	3	4	5	
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement	

Mais si, au cours des deux dernières semaines, vous n'avez pas du tout obtenu des autres le soutien dont vous aviez besoin, il faudrait encercler le numéro 1.

Veuillez lire chaque question et évaluer les sentiments que vous avez éprouvés au cours des deux dernières semaines, puis encercler le chiffre correspondant à la réponse la plus pertinente pour vous.

Merci de votre participation

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie?

1	2	3	4	5
Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne

2. Êtes-vous satisfait de votre santé?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

Les questions suivantes visent à évaluer dans quelle mesure vous avez ressenti certaines choses au cours des deux dernières semaines

3. Dans quelle mesure croyez-vous que la douleur physique vous empêche de faire ce que vous avez à faire?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

4. Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitement médical pour fonctionner dans la vie de tous les jours?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

5. Dans quelle mesure jouissez-vous de la vie?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

6. Dans quelle mesure votre vie vous paraît-elle avoir un sens?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

7. Dans quelle mesure arrivez-vous à vous concentrer?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

8. Dans quelle mesure vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

9. Dans quelle mesure votre environnement physique est-il sain?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

10. Avez-vous suffisamment d'énergie pour vos activités quotidiennes?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

11. Dans quelle mesure acceptez-vous votre apparence physique?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

12. Avez-vous suffisamment d'argent pour satisfaire vos besoins?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

13. Dans quelle mesure avez-vous accès à l'information dont vous avez besoin dans votre vie?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

14. Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'avoir des loisirs?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

15. Dans quelle mesure pouvez-vous vous déplacer physiquement?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

Les questions suivantes visent à évaluer votre satisfaction à l'égard de divers aspects de votre vie au cours des deux dernières semaines.

16. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre sommeil?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

17. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à exécuter vos activités quotidiennes?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

18. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité de travail?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

19. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vous-même?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

20. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos relations personnelles?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

21. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

22. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

23. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre lieu de résidence?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

24. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre accès aux services de santé?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

25. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre moyen de transport?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

La question suivante vise à évaluer à quelle fréquence vous avez ressenti ou vécu certaines choses au cours des deux dernières semaines.

26. À quelle fréquence avez-vous éprouvé des sentiments négatifs, comme le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression?

1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours

Est-ce que quelqu'un vous a aidé à remplir ce questionnaire? _____

Combien de temps cela vous a pris pour remplir ce questionnaire? _____

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- ACPMH. (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne, Australia: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th). Washington, DC: Auteur.
- Araújoa, A.X., Bergera, W., Coutinhoc, E.S.F., Marques-Portellab, C., Luzb, M.P., Cabizucab, M., Fiszmanb, A., Figueirab, I. et Mendlowicza, M.V. (2014). Comorbid Depressive Symptoms in Treatment-Seeking PTSD Outpatients Affect Multiple Domains of Quality of Life. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 56-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.09.004>
- Arntz, A., Tiesema, M. et Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A Comparison of Imaginal Exposure With and Without Imagery Rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.006>
- Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F. et Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF Questionnaire: French Adult Population Norms for the Physical Health, Psychological Health and Social Relationship Dimensions. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58, 33-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2009.10.009>
- Becker, M., Diamond, R. et Stainfort, F. (1993). A new Patient Focused Index for Measuring Quality of Life in Persons With Severe and Persistent Mental

- Illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-251.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00434796>
- Belleville, G., Marchand, A., St-Hilaire, M.H., Martin, M. et Silva, C. (2012). PTSD and Depression Following Armed Robbery: Patterns of Appearance and Impact on Absenteeism and Use of Health Care Services. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 465-468. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21726>
- Bigelow, D.A., Brodsky, G., Stewart, L. et Olson, M. (1982). The Concept and Measurement of Quality of Life as a Dependent Variable in Evaluation of Mental Health Services. Dans G. J. Stahler et W. R. Tash (dir.), *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation* (p. 345-366). New York: Academic Press.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M. et Kaloupek, D.G. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02105408>
- Bleich, A., et Solomon, Z. (2004). Evaluation of psychiatric disability in PTSD of military origin. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(4), 268-276.
- Bolton, E., Holohan, D.R., King, L.A. et Wing, D.W. (2004). Acute and Post-Traumatic Stress Disorder. Dans J. C. Thomas et M. Hersen (dir.), *Psychopathology in the Workplace: Recognition and Adaptation*. New York: Brunner-Routledge.
- Boyer, R. et Brunet, A. (1996). Prévalence du trouble de stress post-traumatique chez des chauffeurs d'autobus. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 189-208.
<http://dx.doi.org/10.7202/032387ar>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brillon, P. (2010). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes*. Quebec, Canada: Éditions Québecor.

- Chen, Y.-S., Chen, M.-C., Chou, F.H.-C., Sun, F.-C., Chen, P.-C., Tsai, K.-Y. et Chao, S.-S. (2007). The Relationship Between Quality of Life and Posttraumatic Stress Disorder or Major Depression for Firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 16(8), 1289-1297. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9248-7>
- Commission de la Santé et Sécurité au Travail au Québec. (2012). *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail - 2007-2010*. Québec, Canada: Auteur.
- Commission de la Santé et Sécurité au Travail au Québec. (2013). *Statistiques annuelles 2013*. Quebec, Canada: Auteur.
- Corbière, M., Mercier, C. et Lesage, A. (2004). Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in People With Mental Health Problems. *Journal of Career Assessment*, 12(4), 460-478. <http://dx.doi.org/10.1177/1069072704267738>
- Corbière, M. et Ptasiński, T. (2004). *Work Accomodations Inventory for People With Mental Illness. Questionnaire available at the Institute of Health Promotion Research*. Vancouver, Canada: University of British Columbia.
- Coutu, M.-F., Corbière, M., Durand, M.-J. et Labrecque, M.-È. (2011). Outils de mesure pour évaluer le retour et la réintégration au travail de personnes souffrant de troubles mentaux. Dans M. Corbière et Marie-José Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 139-176). Quebec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., Temes, C. et Goldstein, L. (2008). Changes in Positive Quality of Life Over the Course of Psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 419-430. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014340>

- de Léséleuc, S. (2004). *La victimisation criminelle en milieu de travail*. Ottawa, Canada: Statistique Canada.
- De Mol, J. (1998). Post-Aggression Stress Disorders: Psychosocial and Work Repercussions. *International Medical Journal*, 54, 277-282.
- Defraia, G.S. (2013). Organizational Outcomes Following Traumatic Workplace Incidents: A Practice-Based Exploration of Impact of Incident Severity Level. *Social Work in Mental Health*, 11(5), 404-433.
<http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2013.784224>
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.C., Kennedy, E. et David, P. (1989). A new Tool to Assess Quality of Life: The Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of life and cardiovascular care*, 5, 36-45.
- Dupuis, G., Taillefer, M.-C., Eteinne, A.-M., Fontaine, O., Boivin, S. et Von Turk, A. (2000). Measurement of Quality of Life in Cardiac Rehabilitation. Dans J. Jobin, F. Maltais, P. LeBlanc et C. Simart (dir.), *Advances in Cardiopulmonary Rehabilitation* (p. 247-273). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Duquette, R.L., Dupuis, G. et Perreault, J. (1994). A new Approach for Quality of Life Assessment in Cardiac Patients: Rationale and Validation of the Quality of Life Systemic Inventory (QLSI). *Canadian Journal of Cardiology*, 10, 106-112.
- Durand, M.-J. et Briand, C. (2011). Interventions/programmes de retour au travail destinés aux travailleurs ayant un trouble mental transitoire. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 199-221). Quebec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Coutu, M.-F., Corbière, M. et Charpentier, N. (2010). *Les facteurs reliés aux absences prolongées du travail en raison d'un trouble mental transitoire: développement d'un outil de mesure (n° R-*

- 674). Montreal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.
- Durand, M.-J., Vachon, B., Hong, Q.N., Imbeau, D., Amick, B. et Loisel, P. (2004). The cross-cultural adaptation of the Work Role Functioning Questionnaire in Canadian French. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(4), 261-268.
- Everly, G.S.J. (1993). Psychotraumatology: A two-Factor Formulation of Posttraumatic Stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28(3), 270-278. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02691244>
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. et Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders - Patient edition*. New York: New York State Psychiatric
- Foa, E.B., Hembree, E.A. et Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. et Cohen, J.A. (2008). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B. et Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Frisch, M. B. (1993). The Quality of Life Inventory: A Cognitive-Behavioral Tool for Complete Problem Assessment, Treatment Planning, and Outcome Evaluation. *Behavior Therapist*, 16, 42-44.
- Frisch, M.B. (1998). Quality of Life Therapy and Assessment in Health Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19-40.
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons.

- Gladis, M., M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M. et Crits-Christoph, P. (1999). Quality of Life: Expanding the Scope of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320-331. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.320>
- Grunert, B.K., Devine, C.A., Matloub, H.S., Sanger, J.R., Yousif, N.J., Anderson, R.C. et Roell, S.M. (1992). Psychological Adjustment Following Work-Related Hand Injury: 18-Month Follow-up. *Annals of Plastic Surgery*, 29(6), 537-542. <http://dx.doi.org/10.1097/00000637-199212000-00010>
- Grunert, B.K., Weis, J.M., Smucker, M.R. et Christianson, H.F. (2008). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy After Failed Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder Following Industrial Injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 317-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.005>
- Guay, S., Fortin, C., Fikretoglu, D., Poundja, J. et Brunet, A. (2015). Validation of the WHOQOL-BREF in a Sample of Male Treatment-Seeking Veterans. *Military Psychology*, 27(2), 85-92. <http://dx.doi.org/10.1037/mil0000065>
- Hawthorne, G., Herrman, H. et Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-Bref: Preliminary Population Norms and Effect Sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37-59. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-5552-1>
- Hensel, J., Bender, A., Bacchiochi, J., Pelletier, M. et Dewa, C.S. (2010). A Descriptive Study of a Specialized Worker's Psychological Trauma Program. *Occupational Medicine*, 60, 654-657. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq118>
- Higgins, J.P.T. et Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. England: Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons
- Hofmann, S.G., Wu, J.Q. et Boettcher, H. (2014). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders on Quality of Life: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375-391. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035491>

- Holowka, D.W. et Marx, B.P. (2012). Assessing PTSD-Related Functional Impairment and Quality of Life. Dans J. G. Beck et D. M. Sloan (dir.), *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders* (p. 315-330). New York: Oxford University Press.
- Jakle, K.R. (2009). *Health Behaviors and Quality of Life Outcomes in Veterans Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder*. (Thèse de doctorat). Récupéré de *ProQuest and Dissertation Theses*.
- Jonas, D.E., Cusack, K., Forneris, C.A., Wilkins, T.M., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A. et Gaynes, B.N. (2014). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Katschnig, H. (2006). How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry ? Dans H. Katschnig, H. Freeman et N. Sartorius (dir.), *Quality of Life in Mental Disorders* (p. 3-17). New York: John Wiley & sons.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., . . . Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.*, 18(1), 23-33.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

- Lacerte, S., Marchand, A. et Nadeau, C. (2011). Les facteurs prévisionnels de l'état de stress post-traumatique chez les policiers : état de la question. *Journal international de victimologie*, 8(3), 208-233.
- Lancôt, N. et Guay, S. (2014). The Aftermath of Workplace Violence Among Healthcare Workers: A Systematic Literature Review of the Consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 492-501.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Lehman, A.F., Ward, N.C. et Linn, L.S. (1982). Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1271-1276.
- Lemieux, P., Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). Retour et intégration au travail de personnes avec un trouble mental: le rôle du supérieur immédiat. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 315-338). Quebec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Lerner, D., Amick III, B.C., Rogers, W.H., Malspeis, S., Bungay, K. et Cynn, D. (2001). The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care*, 39(1), 72-85.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200101000-00009>
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J. et Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, e1-e34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Linden, M. et Muschalla, B. (2007). Anxiety Disorders and Workplace-Related Anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 467-474.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.06.006>
- MacDonald, H.A., Cololta, V., Flamer, S. et Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Workplace: A Descriptive Study of Workers

- Experiencing PTSD Resulting From Work Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(2), 63-77. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022563930482>
- Maddux, R.E., Delrahim, K.K. et Rapaport, M.H. (2003). Quality of Life in Geriatric Patients With Mood and Anxiety Disorders. *CNS Spectrums*, 8(12, suppl. 3), 35-47. <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900008269>
- Mancino, M.J., Pyne, J.M., Tripathi, S., Constans, J., Roca, V. et Freeman, T. (2006). Quality-Adjusted Health Status in Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11), 877-879. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000244686.79689.21>
- Marchand, A., Bousquet des Groseilliers, I. et Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: stratégies d'intervention psychothérapeutique postimmédiate. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (p. 165-190). Quebec, Canada: Presses de l'Université de Montréal.
- Martel, J.-P. et Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems, and Presentation of a New Model and Measuring Instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-5368-4>
- Martin, M. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal. Récupéré de *ProQuest and Dissertation Theses*.
- Martin, M., Germain, V. et Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (p. 51-86). Quebec, Canada: Presses de l'Université de Montréal.
- Mason, S., Wardrobe, J., Turpin, G. et Rowlands, A. (2002). Outcomes After Injury: A Comparison of Workplace and Nonworkplace Injury. *The Journal of*

- Trauma*, 53(1), 98-103. <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-200207000-00019>
- Mayhew, C. et Chappell, D. (2007). Workplace Violence: An Overview of Patterns of Risk and the Emotional/Stress Consequences on Targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 327-339.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.006>
- Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., Passarela, C.M. et Mari, J.d.J. (2008). A Systematic Review on the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259. <http://dx.doi.org/10.2190/PM.38.3.b>
- Mendlowicz, M.V. et Stein, M.B. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.669>
- Miller-Burke, J., Attridge, M. et Fass, P.M. (1999). Impact of Traumatic Events and Organizational Response: A Study of Bank Robberies. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 41(2), 73-83.
<http://dx.doi.org/10.1097/00043764-199902000-00001>
- Mogotsi, M., Kaminer, D. et Stein, D.J. (2000). Quality of Life in the Anxiety Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(6), 273-282.
<http://dx.doi.org/10.1093/hrp/8.6.273>
- Muschalla, B. et Linden, M. (2013). Different Workplace-Related Strains and Different Workplace-Related Anxieties in Different Professions. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(8), 978-982.
<http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182972f04>
- Nadeau, C. (2013). *L'impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers: une étude longitudinale*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.
Récupéré de *ProQuest and Dissertation Theses*.

- NICE. (2005). *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Wilshire, United Kingdom: Cromwell Press.
- Nielsen, M. B., et Einarsen, S. (2012). Outcomes of Exposure to Workplace Bullying: A Meta-Analytic Review. *Work & Stress*, 1-24.
<http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2012.734709>
- North, C.S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E.L., Bunch, K., Schorr, J. et Smith, E.M. (2002). Coping, Functioning, and Adjustment of Rescue Workers After the Oklahoma City Bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 171-175. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1015286909111>
- O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A.C., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A.C., Silove, D. et Bryant, R.A. (2008). A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 923-932. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012918>
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M. et Tolin, D.F. (2007). Quality of Life in the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Ozen, S. et Sir, A. (2004). Frequency of PTSD in a Group of Search and Rescue Workers Two Months After 2003 Bingol (Turkey) Earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 573-575.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000135573.47316.67>
- Pacella, M.L., Hruska, B. et Delahanty, D.L. (2013). The Physical Health Consequences of PTSD and PTSD Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Pagottoa, L.P., Mendlowicza, M.V., Coutinhoc, E.S.F., Figueiraa, I., Luza, M.P., Araujoa, A.X. et Bergera, W. (2015). The Impact of Posttraumatic Symptoms and Comorbid Mental Disorders on the Health-Related Quality of Life in

- Treatment-Seeking PTSD Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 68-73.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.002>
- Panos, A., Panos, P. et Dulle, P. (2008). A 10-Year Clinical Case Study to an Incident of Workplace Violence. *Journal of Emotional Abuse*, 4(3-4), 23-47.
http://dx.doi.org/10.1300/J135v04n03_03
- Penk, W., Drebing, C. et Schutt, R. (2002). PTSD in the Workplace. Dans J. C. Thomas et M. Hersen (dir.), *Handbook of Mental Health in the Workplace* (p. 215-247). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Perreault, S. et Brennan, S. (2009). *Criminal Victimization in Canada*. Canada: Statistics Canada. Récupéré le 14 mai 2015 <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-eng.htm>
- Phillips, M.E., Bruehl, S. et Harden, R.N. (1997). Work-Related Posttraumatic Stress Disorder: Use of Exposure Therapy in Work-Simulation Activities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(8), 696-700.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M. et Grant, B.F. (2011). Prevalence and Axis I Comorbidity of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Ponniah, K. et Hollon, S.D. (2009). Empirically Supported Psychological Treatments for Adult Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *Depression and Anxiety*, 26, 1086-1109. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20635>
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Fereschak, M.P., Gillihan, S.J. et Foa, E.B. (2010). A Meta-Analytic Review of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Quilty, L.C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J. et Farvolden, P. (2003). Quality of Life and the Anxiety Disorders. *Anxiety Disorders*, 17, 405-426.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00225-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00225-6)

- Ramchand, R., Schell, T.L., Karney, B.R., Osilla, K.C., Burns, R.M. et Caldarone, L.B. (2010). Disparate Prevalence Estimates of PTSD Among Service Members Who Served in Iraq and Afghanistan: Possible Explanations. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 59-68. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20486>
- Resick, P.A. et Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual*. USA: Sage Publications.
- Richardson, J.D., Long, M.E., Pedlar, D. et Elhai, J.D. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life Among a Sample of Treatment- and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(9), 594-600.
- Rosen, G.M. et Grunert, B.K. (2012). Posttraumatic Stress Disorder in the Workplace. Dans S. S. Bush et G. L. Iverson (dir.), *Neuropsychological Assessment of Work-Related Injuries* (p. 163-186). New York: Guilford Press.
- Schneier, F.R. et Pantol, G. (2006). Quality of Life in Anxiety Disorders. Dans H. Katschnig, H. Freeman et N. Sartorius (dir.), *Quality of Life in Mental Disorders* (p. 141-151). New York, US: John Wiley & Sons.
- Schnurr, P.P., Hayes, A.F., Lunney, C.A., McFall, M. et Uddo, M. (2006). Longitudinal Analysis of the Relationship Between Symptoms and Quality of Life in Veterans Treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 707-713. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.707>
- Schnurr, P.P. et Lunney, C.A. (2012). Work-Related Outcomes Among Female Veterans and Service Members After Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Services*, 63(11), 1072-1079. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100415>
- Statistique Canada. (s. d.). *Explorer des carrières - Rapport des salaires*. Récupéré le 12 avril 2015 http://www.guichetemplois.gc.ca/IMT_rapport_region.do?®ion=25154&reportOption=wage.

- Stergiopoulos, E., Cimo, A., Cheng, C., Bonato, S. et Dewa, C.S. (2011). Interventions to Improve Work Outcomes in Work-Related PTSD: A Systematic Review. *BMC Public Health*, 11, 838. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-838>
- Strauser, D.R. (2008). Trauma Symptomatology: Implications for Return to Work. *Work*, 31, 245-252.
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liés à la santé mentale en milieu de travail. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 339-362). Quebec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Taylor, S., Wald, J. et Asmundson, G.J.G. (2006). Factors Associated with Occupational Impairment in People Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 289-301. <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0026>
- Tehrani, N. (2004). Traumatic Stress in the Workplace. Dans N. Tehrani (dir.), *Workplace Trauma: Concepts, Assessment and Interventions* (p. 40-48). East Sussex, England: Taylor & Francis.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M.H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Vézina, M. et St-Arnaud, L. (2011). Interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale liés au travail. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 177-198). Quebec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Violence au travail selon le sexe et le genre. (2013). *Sondage dans trois secteurs professionnels: Le point de vue des travailleurs*. Quebec, Canada: Auteur.

- Waddell, G., et Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being* ? London: Department for Work and Pensions.
- Weathers, F.W., Keane, T.M. et Davidson, J.R.T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132-156. <http://dx.doi.org/10.1002/da.1029>
- Weiss, D.S. et Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale -Revised. Dans J. Wilson et T. Keane (dir.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (p. 399-411). New York: Guildford.
- WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.